

Un siècle de vaccination antivariolique en Égypte (1827-1927) : politiques de santé publique et pédagogie de la modernisation.

La vaccination antivariolique revêt une dimension emblématique dans l'histoire médicale. En Europe, elle constitue la première opération de médecine préventive à grande échelle. C'est le cas également en Égypte où elle inaugure la mise en place d'une structure moderne de soins et participe à l'élaboration d'un dispositif de santé publique. Elle est enfin la première maladie officiellement éradiquée. L'histoire de la vaccination antivariolique est donc un épisode incontournable pour restituer la genèse de la santé publique¹. Dans un pays comme l'Égypte, pauvre, victime de pathologies nombreuses et qui ne connaît guère la dimension collective de la maladie, même si les mesures prophylactiques ne sont bien sûr pas inconnues de la médecine arabe, la vaccination constitue un test politique délicat pour l'autorité qui la met en place. Par ailleurs, en l'espace d'un siècle, l'expérience de la vaccination accompagne l'histoire politique de l'Égypte et les transformations du pouvoir, d'abord quasi indépendant vis-à-vis du suzerain ottoman, puis colonial, enfin national. Elle révèle ainsi les dimensions idéologiques qui sous-tendent les choix en matière de santé publique. On assiste en effet, au cours de cette période, à un glissement d'une conception individuelle de la vaccination vers une vision collective, glissement qui accompagne la construction de l'État moderne égyptien. Enfin, elle constitue le lieu où, sans doute pour la première fois, un pouvoir « laïque » vient empiéter sur le domaine du pouvoir magico-religieux, voire maléfique, dont relève traditionnellement la maladie, pour imposer une méthode scientifique, désacralisée. Dans un environnement où la maladie et les soins relèvent de la sphère privée, la vaccination antivariolique initie un changement fondamental dans la mesure où c'est l'État, dans sa version moderne qui se met en place au début du XIX^e siècle, qui l'élabore, la prend en charge et l'impose.

La santé publique, en instituant, dans un cadre étatique, des normes et des institutions inédites, contribue à imposer et diffuser de nouveaux types de comportements, à modifier la perception qu'ont les individus de la place de leur corps singulier dans la structure sociale et plus généralement son rapport au monde. On tentera de donner ici quelques indices de ces changements, notamment par rapport aux notions d'espace et de temps².

¹ Selon une démarche proposée par D. Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996.

² Ce questionnement s'inspire en partie des travaux de Bernard Lepetit. Si la notion d'espace a donné lieu à de nombreux travaux portant sur le monde arabo-musulman, celle de temps demeure aujourd'hui à peine effleurée. À noter cependant une synthèse récente de l'évolution du rapport aux variables spatio-temporelles dans l'Algérie coloniale : O. Carlier, « L'espace et le temps dans la recomposition du lien social : l'Algérie de 1830 à 1930 », *Urbanité arabe. Hommage à Bernard Lepetit*, Sindbad, Actes Sud, 1998, p. 149-224.

L'espace, et singulièrement l'espace de la ville³, se trouve affecté par l'intrusion de nouvelles institutions sanitaires qui modifient non seulement la structure de la ville, mais également les usages de celle-ci. Le Caire du début du XIX^e siècle demeure une ville traditionnelle qui cède partiellement, dès l'époque de Muhammad 'Alî, à une certaine forme de modernisation. L'un des traits essentiels de cette modernisation est l'émergence d'espaces publics. Dès lors, la ville « ne s'organise plus autour du noyau familial et de son espace qui est l'impasse, mais à partir d'espaces délimités et entretenus par une collectivité abstraite qui garantit leur ouverture à tous. »⁴ À ces nouveaux espaces publics, physiquement perceptibles dans la ville (places et jardins publics, avenues etc.) font écho ce que l'on pourrait nommer des espaces collectifs, limités à l'enceinte d'un bâtiment *ad hoc*, destinés à offrir un service public spécifique. C'est bien sûr, entre autres, le cas du système de santé. En mettant en place des politiques publiques, l'État cherche, en s'appuyant sur des groupes de médiateurs, à canaliser la souffrance et le malheur biologique vers ces lieux spécifiques où s'exerce la médecine officielle, désormais considérée comme seule légitime.

Ces structures nouvelles implantées dans la ville imposent à leur tour des contraintes de temps inédites puisque leurs activités s'inscrivent dans des horaires fixes. Elles contribuent ainsi à diffuser une nouvelle conception du temps, moderne, laïque, parcellisé, compté. Mais au-delà, l'acte vaccinal lui-même, par sa capacité d'anticipation, participe à cette modification de la notion de temps, non plus seulement vécu dans le quotidien, mais perçu très intimement dans le corps, rythme du corps qui tendrait alors à passer d'une conception magico-religieuse à une perception plus « scientifique » et profane. La vaccination antivariolique se présente ainsi comme l'instrument précoce et largement diffusé d'une pédagogie de la modernisation qui tend à imposer un nouvel ordre social.

1. Premier temps de la vaccination : une mesure collective pour protéger l'individu (1827-1890)

1.1. La vaccination antivariolique : une mesure pionnière en matière de santé publique

L'Égypte se distingue par l'antériorité de son expérience vaccinale en regard de la plupart des autres pays du Sud. Certes la vaccination jennérienne a pénétré en Chine et en

³ La ville est un milieu particulièrement perméable au changement. D'abord, la santé publique n'a aucune autonomie locale : elle est impulsée du centre, de la capitale ou d'Alexandrie, et dans ces deux villes elle s'exerce de façon plus cohérente et efficace. Ensuite, la ville est un espace complexe, la population et les activités qui la caractérisent sont plus variées qu'en milieu rural ; l'adaptation à de nouvelles pratiques sociales s'y fait en principe de façon plus aisée. Enfin, c'est avec les progrès de l'urbanisation que « le besoin se (fait) de plus en plus sentir de synchroniser le nombre croissant des activités humaines et de disposer d'un réseau de repères temporels dont l'extension régulière puisse servir de cadre de référence ». N. Elias, *Du temps*, Paris, Fayard, 1996, p. 62.

⁴ R. Ilbert, « Le miroir des notables », *L'espace du public. Les compétences du citoyen*. Colloque d'Arc et Senans, 8-10 novembre 1990, Plan urbain, Éditions Recherches, p. 106.

Indochine⁵, ou dans l'Inde colonisée par les Anglais⁶, dès les premières années du XIX^e siècle. Cependant, les mesures vaccinales y sont demeurées limitées, ponctuelles, et n'ont pas fait l'objet d'une politique globale et généralisée avant le dernier quart du siècle. En Algérie, le service de la vaccination n'est fondé qu'en 1847 et n'a connu d'abord qu'un destin éphémère puisque l'obligation de la vaccination a été levée en 1858, face à l'ampleur de la résistance populaire⁷. C'est également en 1847 qu'un médecin français fonde un premier service public de vaccination en Perse⁸. Or à cette date, on enregistre en Égypte les premiers témoignages d'une soumission volontaire, sinon enthousiaste, à l'opération vaccinale. D'ailleurs, l'effort fourni depuis plus de deux décennies commence alors à porter ses fruits. À partir de 1850, la population de l'Égypte, jusque-là stagnante, entame une croissance régulière et continue⁹. Même si son rôle a peut-être été surestimé, la vaccination a contribué pour une part à cette évolution démographique, laquelle repose également sur la disparition de la peste et sur une amélioration globale des conditions sanitaires.

L'originalité de l'expérience vaccinale égyptienne s'inscrit plus largement dans le projet modernisateur initié par Muhammad 'Alî Pacha, qui gouverne l'Égypte de 1805 à 1847. Le but de ce dernier est moins de réaliser le développement économique du pays que d'imposer le pouvoir de sa dynastie face au suzerain ottoman. Son projet s'appuie donc d'abord sur la puissance de son armée, et c'est bien au profit de celle-ci qu'il décide d'implanter en Égypte un système de santé de type moderne¹⁰. Plus tard étendu à l'ensemble de la population (1841), ce premier service de santé publique s'inscrit dans le processus de mise en place d'un État moderne dont les prérogatives portent sur des domaines de plus en plus divers, selon un mode radicalement nouveau basé sur l'émergence d'un corps de fonctionnaires¹¹, auquel appartiennent les médecins.

C'est un médecin français, Antoine Barthélemy Clot¹², qui répond à l'appel de Muhammad 'Alî et s'embarque pour l'Égypte en 1825 afin d'y fonder un système de santé nouveau, sur le modèle occidental. Or à cette date, la santé publique connaît déjà en France

⁵ A. Ki-Che Leung, « Variolisation et vaccination dans la Chine prémoderne (1570-1911) » et A. Guénel, « La lutte antivariolique en Extrême-Orient : ruptures et continuité » in A.M Moulin (éd.), *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996.

⁶ D. Arnold, *Colonizing the Body. State Medicine and Epidemic Disease in Nineteenth-Century India*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press, 1993.

⁷ Y. Turin, *Affrontements culturels dans l'Algérie coloniale. Écoles, médecines, religion (1830-1880)*, Paris, Maspero, 1971.

⁸ L.D Kotobi, « Approche socio-anthropologique de la vaccination : l'exemple iranien » in A.M Moulin (éd.), *L'aventure de la vaccination*, Paris, Fayard, 1996.

⁹ D. Panzac, « Endémies, épidémies et population en Égypte au XIX^e siècle », *L'Égypte au XIX^e siècle*, Paris, GREPO, Éditions du CNRS, 1982, p. 83-100.

¹⁰ K. Fahmy, *All the Pasha's men. Mehmed Ali, his army and the making of modern Egypt*, New York, Cambridge University Press, 1997.

¹¹ G. Alleaume, « La naissance du fonctionnaire », *Peuples méditerranéens* n° 41-42, Égypte - *Recompositions*, oct. 1987-mars 1988, p. 67-86.

¹² A.B Clot ayant obtenu le beylicat en 1831, il est plus connu sous le nom de Clot-Bey, par lequel il sera désigné dans la suite.

« une légitimité à la fois institutionnelle et académique »¹³ ; Clot-Bey a donc à sa disposition un bagage technologique et scientifique qu'il va s'attacher à implanter en Égypte. L'Égypte constitue en effet pour lui un fascinant laboratoire vierge où tester la médecine moderne en pleine expansion, qu'il a toutefois cherché à adapter aux contraintes particulières du pays¹⁴. Par ailleurs, dans un contexte de mise en place de l'appareil étatique, il lui est loisible, dans une certaine mesure, d'adapter les structures administratives en cours de construction aux impératifs de son projet.

Le défi lancé à la médecine moderne dans un pays comme l'Égypte est particulièrement stimulant. La santé y est déplorable et la médecine arabe, déclinante depuis l'Âge d'or du Moyen Âge, n'est plus guère en mesure de faire face efficacement aux conditions sanitaires. Clot-Bey entend donc bien faire la preuve éclatante de la supériorité de la médecine occidentale, dont il est convaincu, et cela en dehors de toute contrainte coloniale, ce qui constitue un autre aspect de l'originalité du transfert de la médecine moderne en Égypte.

Dans l'Égypte de la fin du XVIII^e et du début du XIX^e siècle, quatre fléaux principaux déciment la population. La peste, si fréquente en Égypte qu'on a pu la croire originaire des bords du Nil, la dysenterie, c'est-à-dire toutes les maladies gastro-intestinales, le trachome, enfin la variole, reviennent sans cesse sous la plume des observateurs étrangers qui soulignent l'ampleur des ravages causés par ces maladies. Dans la partie consacrée à la pathologie égyptienne dans la *Description de l'Égypte*, M. de Chabrol insiste sur le cas de la variole : « La petite vérole, si longtemps funeste à nos contrées, continue ses ravages en Orient... Elle est terrible en Égypte et s'y présente d'une manière bien plus effrayante qu'en Europe. Les enfants en bas âge échappent rarement à sa malignité. »¹⁵ Un quart de siècle plus tard, lorsqu'il arrive en Égypte, Clot-Bey est à son tour frappé par « l'effroyable mortalité » due à cette maladie qui « n'enlevait pas moins chaque année de cinquante à soixante mille enfants »¹⁶, ce qui représente une ponction énorme sur une population estimée alors à un peu plus de quatre millions d'habitants.

Or la variole peut désormais être combattue grâce à une méthode réputée sûre, celle de l'inoculation de la vaccine, mise au point en 1796 par le Britannique Edward Jenner à partir du *cow-pox* (variole bovine), méthode qui a rencontré immédiatement le succès en Europe. Muhammad 'Alî, toujours attentif aux progrès réalisés sur la rive nord de la Méditerranée, est rapidement convaincu des bienfaits de cette nouvelle pratique préventive. Dès 1819, un décret prévoit d'introduire la vaccination des enfants dans l'ensemble de la société¹⁷. En 1821, pour

¹³ D. Fassin, *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Paris, PUF, 1996, p. 244.

¹⁴ D. Panzac, « Médecine révolutionnaire et révolution de la médecine dans l'Égypte de Muhammad Ali. Le Dr Clot-Bey », *R.E.M.M.* n° 52-53, 1989, p. 95-110.

¹⁵ M. de Chabrol, « Essai sur les mœurs des habitants modernes de l'Égypte », *Description de l'Égypte : État moderne* II, 2e partie, Paris, 1822, p. 382.

¹⁶ Clot-Bey, *Mémoires*, Le Caire, IFAO, 1949, p. 157.

¹⁷ L. Kuhnke, *Lives at Risk. Public Health in Nineteenth-century Egypt*, Berkeley et Los Angeles, University of California Press, 1990, p. 113.

tenter d'enrayer une mortalité particulièrement élevée chez les conscrits soudanais enrôlés dans l'armée égyptienne, Muhammad 'Alî emploie les services d'un médecin français demeuré en Égypte après l'Expédition de Bonaparte, le docteur Dussap, pour vacciner contre la variole les troupes stationnées en Haute-Égypte¹⁸. En fait, cette mesure n'eut guère d'effet sur la mortalité des Soudanais qui périssaient surtout de « nostalgie ». En revanche, elle eut des conséquences fâcheuses durables dans la mesure où les paysans de Haute-Égypte l'associèrent au marquage des futurs conscrits, ce tatouage qui distinguait les enfants qui seraient plus tard enrôlés dans l'armée du vice-roi. En 1824, sur un avis du consul général de France, plusieurs médecins français sont encore engagés par Muhammad 'Alî pour se rendre à travers le pays vacciner les enfants et former les barbiers de village à la technique de la vaccine. En 1826 enfin, un autre médecin français est envoyé pour une mission similaire dans le Fayoum¹⁹. Si les opérateurs sont des Occidentaux, seuls alors en mesure de maîtriser et d'enseigner la technique, l'initiative d'introduire la vaccination revient au vice-roi, ainsi que l'idée d'utiliser la compétence médicale des barbiers pour la diffuser sur l'ensemble du territoire.

Si Clot-Bey n'est donc pas lui-même à l'origine de cette expérience, comme il l'affirme pourtant, il a assuré son organisation de façon efficace et durable, convaincu que la vaccination jennérienne pouvait jouer fort efficacement un rôle d'avant-poste de la médecine moderne en Égypte. La variole fait partie, aux yeux des Égyptiens, de ces grands fléaux qui relèvent de la volonté divine ; les Européens savent quant à eux s'en prémunir par la vaccine et Clot-Bey est parfaitement conscient de la valeur exemplaire de cet « agent toujours victorieux »²⁰.

Dans le courant de l'année 1827, deux ans après son arrivée en Égypte, il entreprend « de trouver des moyens plus efficaces pour répandre abondamment le bienfait de la vaccine dans toutes les classes de la population égyptienne »²¹, dans le cadre des structures relevant du Conseil général de Santé récemment créé par ses soins. Ce Conseil est d'abord destiné à coordonner le service médical de l'armée ; c'est donc vers elle que se porte l'attention de Clot-Bey. Ainsi, « la vaccination fut pratiquée sur l'ensemble des hommes sous les armes, ainsi que sur leurs femmes et leurs enfants qui vivaient avec eux dans les camps. D'un autre côté, sur les vaisseaux, dans les arsenaux, dans les écoles, dans les fabriques et un peu partout où il y avait une réunion d'hommes, la vaccination fut rendue obligatoire. »²² L'ambition de Clot-Bey est bien, en imposant l'obligation et la généralisation, de proposer une véritable, et première, mesure de santé publique.

¹⁸ *Ibid.* p. 113.

¹⁹ *Ibid.* p. 114.

²⁰ Clot-Bey, *Introduction de la vaccination en Égypte en 1827. Organisation du service médico-hygiénique des provinces en 1840. Instruction et règlements relatifs à ces deux services*, Paris, Victor Masson et fils, n.d., p. IV.

²¹ Clot-Bey, *Ibid.* p. 9.

²² *Ibid.* p. 10.

Pour faire face au manque de praticiens, dont la formation débute tout juste à l'École de médecine d'Abou-Zabel, près du Caire, fondée cette même année 1827, Clot-Bey reprend à son compte l'idée d'utiliser les barbiers pour répandre la vaccination. La technique vaccinale est simple en effet, en tout cas accessible à des individus déjà rompus à la pratique des saignées, scarifications et autres opérations de petite chirurgie. Des médecins sont donc envoyés dans les provinces pour former les barbiers ; certains de ces derniers suivent même au Caire un cycle de formation à l'École de médecine. Pour motiver leur zèle, Clot-Bey propose de leur allouer la somme d'une piastre pour chaque vaccination dont le succès est constaté après une période d'incubation de huit jours. Enfin le Conseil de Santé, qui siège au Caire, est chargé de leur fournir la quantité de vaccin nécessaire.

Malgré cette ébauche d'organisation, une épidémie de variole se déclare à Chabîn al-Kûm, dans la région du Delta, en 1836. Face à cette nouvelle offensive, le gouvernement égyptien décide de mieux coordonner les efforts en créant un Comité central de vaccination, formé des membres du Conseil général de Santé, et Clot-Bey rédige à cette occasion un fascicule intitulé *Instruction sur la vaccination*, publié en 1837, auquel est joint un *Règlement pour la propagation de la vaccine en Égypte et dépendances*²³.

Le dispositif mis en place par Clot-Bey en 1837 demeure quasi-inchangé jusqu'à la fin du siècle. Il faut en effet attendre 1890 pour qu'une nouvelle législation sur la vaccination soit édictée par le pouvoir colonial anglais. Lorsqu'il quitte définitivement l'Égypte en 1858, Clot-Bey entend bien assurer la pérennité de son œuvre dans le pays. Sans doute dès l'avènement d'Ismâ'îl, monté sur le trône en janvier 1863, il rédige ou rassemble une série de Mémoires dans lesquels il passe en revue son œuvre en Égypte²⁴. Adressé directement au nouveau khédive, ce document l'exhorte à poursuivre dans la voie tracée au cours du second quart du XIX^e siècle : « Je suis persuadé, écrit-il, que vous vous occuperez de tout ce qui peut favoriser la médecine en Égypte et que vous maintiendrez les institutions médicales qui ont fonctionné si admirablement sous votre aïeul ; que, par conséquent, vous veillerez sur l'amélioration de l'École de médecine qui est la base du service de santé (...) Enfin, je termine en disant que le plus grand moyen que l'on puisse employer pour sauvegarder la santé publique, est de préserver la population des maladies infectieuses et des épidémies qui la déciment si souvent. Pour cela, il faut établir, dans le pays, les lois hygiéniques que j'ai eu soin de retracer parfaitement, dans le *Trésor de la Santé*²⁵ et dans tous les ouvrages que j'ai publiés en Égypte. »²⁶

²³ Pour une analyse de ces textes, voir *infra*.

²⁴ Clot-Bey, *À son Altesse Ismail Pacha, vice-roi d'Égypte. Divers Mémoires par Clot-Bey*, Paris, Victor Masson, s.d., Paris.

²⁵ Ouvrage de « médecine populaire » rédigé par Clot-Bey, traduit en arabe et édité en 1835, à 10 000 exemplaires. Ce manuel était destiné aux barbiers, aux cheikhs, aux oulémas, et de façon générale à tous les lettrés qui pouvaient en diffuser le contenu auprès d'une population largement analphabète. Il est difficile de mesurer l'impact réel de cet ouvrage. Selon Clot-Bey, il y aurait eu plusieurs rééditions après celle de 1835. Lors de la réorganisation du système de santé en 1856, Clot-Bey propose d'en relancer la distribution. Il semble, selon S. Jagailloux, que ce projet n'ait jamais été réalisé : S.

Ismâ‘îl, fasciné par l’Occident et ses méthodes modernes de gestion, n’est sans doute pas resté insensible à l’appel de Clot-Bey. Certaines infrastructures sanitaires, fermées sous le règne du vice-roi Abbas (1848-1854), ouvrent de nouveaux leurs portes. Par ailleurs, une élite médicale égyptienne, formée par Clot-Bey et ayant approfondi sa formation grâce à des missions scolaires en France, commence à émerger au cours de ces années. Ainsi, en 1863, l’année même de l’accession d’Ismâ‘îl au trône de l’Égypte, Muhammad al-Baqlî, qui avait fait partie de la mission scolaire envoyée à Paris en 1832 et avait acquis dans la capitale française une solide formation de chirurgien, prend la direction de l’École de médecine où il demeure pendant une période de seize ans²⁷. De même, toute une génération de médecins égyptiens ayant directement reçu l’enseignement et les principes scientifiques défendus par Clot-Bey accède à des postes de responsabilités. Dans le domaine de la santé, l’influence de Clot-Bey semble donc avoir été pratiquement continue, même de façon indirecte, depuis son arrivée en Égypte en 1825 jusqu’à l’occupation anglaise en 1882²⁸. Dans une compilation des règlements sanitaires en vigueur en 1866, on retrouve, reprise exactement dans les mêmes termes, les *Instructions sur la vaccination* publiées par Clot-Bey en 1837. Le dispositif de la vaccination perdure donc de façon quasi inchangée pendant la plus grande partie du XIX^e siècle, même si son fonctionnement effectif est soumis à bien des aléas.

Cette forme de continuité ne doit pas masquer en effet les faiblesses d’un système de santé très centralisé, et par là même soumis aux incertitudes du pouvoir. Le khédivé Abbas s’est peu soucié de maintenir le dispositif de santé publique mis en place sous Muhammad ‘Alî. Par ailleurs, en 1858, la changeante législation organisant le système de santé égyptien se fixe sur un rattachement des deux sections, quarantenaire et médicale, au sein d’une Intendance générale Sanitaire dont le siège est à Alexandrie, rattachement qui ne sera remis en cause qu’en 1881. Or cette fusion provoque un déséquilibre de plus en plus net en faveur du service quarantenaire. Les prérogatives de celui-ci, dirigé à partir de 1860 et pendant près de vingt ans par Colucci-Bey, un médecin italien qui favorise l’immixtion de plus en plus grande des étrangers dans le système, ne cessent d’augmenter au détriment de la section consacrée à l’hygiène publique et à la santé proprement dite²⁹. En raison de l’intérêt presque exclusif porté à la lutte aux frontières contre les épidémies d’une part, et de la crise financière que connaît alors l’Égypte, d’autre part, les institutions de santé, et notamment les hôpitaux de

Jagailoux, *La médicalisation de l’Égypte au XIX^e siècle (1798-1918)*, Paris, Éditions Recherche sur les Civilisations, 1986, p. 88.

²⁶ Clot-Bey, *À son Altesse Ismail...*, p. 6.

²⁷ Biographie de Muhammad ‘Alî al-Baqlî, *Journal de l’Association médicale égyptienne* n° 1, 1935, p. 38-41.

²⁸ Clot-Bey n’a cependant pas le monopole du discours médical. Il doit en effet faire face à de violentes oppositions de la part d’autres représentants du corps médical, tant en raison de sa personnalité quelque peu envahissante que pour ses convictions médicales. Son anticontagionisme, notamment, lui attire les foudres de la partie antagoniste, en particulier certains médecins italiens, également fort influents dans le pays.

²⁹ D. Néroutsos-Bey, *Aperçu historique de l’organisation de l’Intendance Générale Sanitaire d’Égypte, siégeant à Alexandrie, depuis sa fondation en 1831 jusqu’à la fin du règne du khédivé Ismail en 1879*, Alexandrie, Imprimerie A. Mourès, 1880.

province, connaissent « une situation déplorable ». Dans le domaine médical, le règne d'Ismâ'îl apparaît comme une période paradoxale au cours de laquelle on assiste, d'une part, à la formation, autour de l'École de médecine, d'une élite médicale autochtone, à la fois académique et libérale, mais, d'autre part, à une dégradation du système de santé publique, bien qu'il y ait eu une amélioration par rapport à la situation qui prévalait sous le règne d'Abbas. Dans ce contexte, si la vaccination parvient à se maintenir, elle est très loin d'être généralisée, d'autant qu'au-delà des aléas politiques, et malgré l'existence de textes normatifs, elle se heurte à l'incompréhension de la population.

1.2. Normes et pratiques sociales

Le règlement sur la vaccination, édicté en 1836 par les membres du Conseil général de Santé et publié l'année suivante en annexe de l'*Instruction sur la vaccination* de Clot-Bey, malgré l'incertitude qui demeure quant à sa valeur juridique réelle³⁰, dessine la première ébauche d'une organisation qui se fondera, à partir de 1841, dans le système civil de santé, lequel se maintiendra, sans changements majeurs, y compris sous l'occupation anglaise.

Le texte fait émerger la figure du vaccinateur, dont l'action doit couvrir l'ensemble du territoire. Les vaccinateurs en chef ont pour fonction de « parcourir les provinces de l'Égypte », de vacciner eux-mêmes, d'enseigner la technique « aux chirurgiens attachés aux Écoles des Provinces, aux chirurgiens barbiers des villes et villages » et d'assurer la liaison avec un Comité central de vaccination formé des membres du Conseil de Santé et installé au Caire. Chirurgiens et médecins des Écoles, des hôpitaux et de l'armée sont donc également tenus de vacciner dans ces établissements, ainsi que les quelque 2 500 barbiers dans les villes et les villages, ces derniers touchant « une piastre de prime pour chaque vaccination dont le succès aura été constaté ». Par ailleurs, le texte fixe les modalités de contrôle de cette opération nouvelle. Chaque vaccinateur doit consigner dans un registre particulier le nom des individus vaccinés, la date de la vaccination et le résultat obtenu. L'authenticité de ces registres doit ensuite être certifiée par le cachet des Cheikhs al-balad, mamours et moudirs, c'est-à-dire les représentants de l'autorité locale, et les registres doivent être régulièrement adressés par les moudirs au Conseil de l'Instruction Publique. Enfin, le règlement organise la chaîne d'approvisionnement du vaccin, obtenu en Europe par l'intermédiaire des consuls puis fourni gratuitement par le Comité de Santé aux vaccinateurs des provinces ainsi qu'aux officiers de santé du Soudan et des provinces ottomanes occupées par l'armée égyptienne.

Sans doute certains aspects de ce texte deviennent caducs dès 1840 (le Conseil de Santé n'a qu'une existence éphémère, la hiérarchie médicale du système civil de santé - médecins en chef des provinces, médecins de district - se substitue aux vaccinateurs, et l'armée égyptienne se retire des provinces ottomanes), ce qui explique sans doute qu'il

³⁰ Selon L. Kuhnke, le règlement, qui figure dans les archives du ministère de l'Instruction publique - le Conseil de Santé relève alors de l'autorité de cette administration - , est identifié comme étant seulement le résultat de délibérations du Conseil : L. Kuhnke, *op. cit.*, note 20, p. 216. Clot-Bey, quant à lui, y fait souvent référence comme à un texte normatif.

n'apparaisse plus dans la compilation des textes législatifs sanitaires de 1866³¹. Cependant, le principe de la vaccination est désormais admis et indiscuté et figure toujours, dans la foisonnante législation sanitaire organisant le système de santé, comme l'une des tâches essentielles des médecins et de leurs auxiliaires, les barbiers.

Si le règlement de 1836 fixe les attributions des différents acteurs intervenant dans le domaine sanitaire, il n'y est fait aucune allusion au principe de l'obligation, pourtant théoriquement au fondement du dispositif mis en place par Clot-Bey. En fait, et ceci semble confirmer la faiblesse juridique du règlement de Clot-Bey, ce sont les Codes pénaux qui renferment les mesures punitives prises en cas de manquement, mesures applicables aux parents qui omettent de soumettre leurs enfants à la vaccination, aux autorités locales qui n'assurent pas leur fonction de contrôle³² ou aux médecins et barbiers qui ne remplissent pas leur tâche.

La concision du règlement et sa vocation à organiser un nouveau service ne sauraient suffire à assurer l'efficacité de ce dernier, alors que les vaccinateurs mobilisés à la base ne connaissent pas la technique de la vaccination. Dès 1827, Clot-Bey prépare un dessin accompagné d'un texte décrivant les états successifs du bouton variolique jusqu'au quinzième jour suivant la vaccination, document produit « en cinquante exemplaires pour être distribué aux principaux médecins vaccinateurs ». Cette plaquette se révèle vite insuffisante et, autant pour informer les professionnels de santé que pour faire tomber les réticences des autorités religieuses, Clot-Bey publie en 1837, à l'occasion de la création du bureau central de vaccination, une *Instruction sur la vaccination*, traduite en arabe et « destinée aux Officiers de Santé arabes et aux personnes étrangères à la médecine » ainsi qu'aux « médecins européens afin qu'ils puissent veiller à ce qu'elle soit suivie par les chirurgiens du pays placés sous leurs ordres ».

Cette *Instruction* décrit d'abord le vaccin chez la vache « afin que si le hasard le faisait rencontrer, on pût le reconnaître, ce qui serait une découverte bien précieuse pour le pays », puis le vaccin et son évolution chez l'homme, en précisant qu'il existe une fausse vaccine, « éruption anormale qui ne préserve pas de la petite vérole ». Le texte s'étend ensuite sur la manière de pratiquer la vaccination, de préférence chez les enfants âgés de quelques mois, à l'aide d'une lancette ou, à défaut, d'une aiguille, en pratiquant trois piqûres à chaque bras. Si la plupart des vaccinations se font alors de bras à bras, Clot-Bey détaille également la manière de recueillir, de conserver puis d'employer le virus vaccin, selon les techniques en vigueur alors en Europe³³.

³¹ Il existe cependant une traduction arabe de ce texte, datant de 1843.

³² Dans les villages, les cheikhs sont tenus d'obliger les parents à présenter leurs enfants à la vaccination.

³³ Clot-Bey préconise l'usage de deux petites plaques de verre collées l'une à l'autre par de la cire, dans lesquelles le vaccin est enfermé, ou de deux plumes d'oie encastrées l'une dans l'autre, enfin de tubes capillaires en verre, bouchés par de la cire à leurs extrémités. Ces techniques sont encore consignées dans un ouvrage publié à Paris en 1856, *le Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes*, par Adde-Magras de Nancy, ouvrage connu en Égypte.

L'*Instruction sur la vaccination* rédigée par Clot-Bey se révèle claire et détaillée ; elle reste cependant un instrument de connaissance exclusivement technique. Dans l'urgence de devoir former *ex nihilo* plusieurs centaines de vaccinateurs, il insiste sur les aspects concrets de cette opération, mais néglige de lui donner un sens, de développer le principe de la prévention, se contentant d'affirmer dans un bref préambule que « la vaccine est un préservatif infaillible de la petite vérole ». Cette lacune, ainsi que l'absence de moyens d'informations auprès de la population, qui se voit imposée une mesure incomprise, en outre quelque peu agressive, ont contribué au phénomène de résistance face à la vaccination, résistance observée tant de la part des populations que de celle des autorités locales.

Les médecins égyptiens, même rapidement et imparfaitement formés, du moins dans les premières années, n'ont pas dû avoir de réelles difficultés à se familiariser avec une technique simple, de surcroît abondamment décrite par Clot-Bey. Par ailleurs, en raison du caractère symbolique de la vaccination, considérée comme un avant-poste de la médecine moderne, celle-ci est placée de manière réitérée au centre de leurs devoirs de praticiens. Sandwith, l'un des premiers médecins britanniques à s'impliquer dans le système de santé égyptien suite à l'occupation du pays, cite cependant, dans l'un de ses ouvrages, un auteur rapportant que les médecins avaient alors coutume de falsifier les registres de vaccinations et que l'un d'entre eux fut condamné aux galères, en 1848, pour avoir agi de la sorte³⁴. À l'inverse, Charles Cuny, qui soutient sa thèse de doctorat de médecine à Paris en 1853 après avoir servi de nombreuses années dans le service civil de santé égyptien, fustige dans celle-ci le système de l'Intendance Sanitaire qui encourage toute la hiérarchie médicale et locale à tricher pour masquer les maladies infectieuses, notamment la peste. Aussi, selon lui, « les prétendus résultats en statistiques obtenus par l'établissement des registres de l'État civil pour les décès et les naissances sont complètement faux ; les données couchées sur ces registres ne sont que le fruit de l'imagination et du mensonge. »³⁵ En revanche, dit-il, « comme je m'en suis assuré par moi-même dans mes tournées d'inspections trimestrielles, les registres de vaccinations sont d'une exactitude inattaquable. En les collationnant avec ceux de l'État civil, j'ai chaque fois vu, par moi-même, dans chaque village, des enfants vaccinés vivants, qui n'étaient pas inscrits ailleurs que parmi les vaccinés. »³⁶ Ainsi, l'acte vaccinal semble bien établi dans la routine des pratiques médicales dès le milieu du XIX^e siècle. Cuny insiste sur cet aspect sans doute réel, même s'il faut y voir aussi une façon pour lui de valoriser son action en Égypte, où son rôle de diffuseur de la vaccination était central : « Jusqu'à présent, l'établissement de médecins sanitaires dans la moyenne et la haute Égypte n'a eu d'autre résultat certain que la propagation de la vaccine ; les bienfaits de l'heureuse invention de Jenner sont maintenant appréciés par les habitants. J'ai pu la propager dans toutes les localités, sans exception, de ces vastes contrées, depuis Beni-Suef jusqu'à la deuxième

³⁴ E. M. Sandwith, *Medical Diseases of Egypt*, Londres, 1905, p. 133.

³⁵ Ch. Cuny, *Propositions d'hygiène, de médecine et de chirurgie relatives à l'Égypte*, Thèse de médecine, Paris, 1853, p. 12.

³⁶ *Ibid.* p. 15-16.

cataracte, et plus de 700 barbiers, instruits par mes soins, y exercent actuellement et transmettront à leurs fils l'art d'inoculer cet infaillible et innocent préservatif de la variole. »³⁷

Si l'on ne repère pas, dans la littérature de l'époque, de traces tangibles de refus de vacciner de la part des barbiers, qui trouvent dans cette opération à la fois une rémunération³⁸ et une forme de valorisation scientifique, il n'en va pas de même des intermédiaires sociaux, lesquels semblent avoir manifesté une certaine mauvaise volonté à se plier à l'obligation de présenter les enfants à la vaccination. Ainsi Cuny rapporte qu'il a dû faire appel au vice-roi pour assurer la protection des barbiers vaccinateurs battus par les villageois ou emprisonnés par les autorités locales³⁹. En 1865 encore, Colucci-Bey souligne que « les derniers rapports parvenus à l'administration, sur la marche du service dans la Haute Égypte, sont peu satisfaisants (...). Il y a mollesse, indifférence et peut-être même mauvais vouloir de la part de bon nombre des autorités locales. »⁴⁰ Ces dernières partagent en effet les réticences de la population face à cette mesure imposée et mal comprise. À cela s'ajoute l'analphabétisme, très répandu dans cette catégorie comme chez les barbiers, qui pose des problèmes très concrets face aux obligations administratives, analphabétisme qui disqualifie par ailleurs en partie la somme importante des écrits de Clot-Bey, destinés en priorité à ces individus. Leur manque d'informations ne saurait être comblé par les visites trop brèves et épisodiques des médecins inspecteurs sanitaires.

Les résistances les plus fortes émanent de la paysannerie et reposent sur un malentendu remontant aux toutes premières expériences en matière de vaccination. Les fellahs de Haute-Égypte ont en effet gardé le souvenir de la vaccination des troupes en 1821, et ils assimilent la marque laissée sur le bras des enfants vaccinés au tatouage destiné à reconnaître les futurs conscrits. Or la conscription constitue l'une des grandes menaces pour le fellah dans la mesure où elle enlève au travail de la terre des bras jeunes et vigoureux. Cependant, l'efficacité avérée de la vaccination entame peu à peu ces résistances et, dès le début des années 1840, on enregistre des cas de présentation spontanée d'enfants à vacciner dans les hôpitaux ou auprès des médecins itinérants. À cette date, il est vrai, la hantise de la conscription recule face aux exigences des Puissances qui imposent une forte diminution des effectifs de l'armée égyptienne lors du traité de Londres. Lorsque Charles Cuny quitte l'Égypte en 1851, il remarque que la population est beaucoup moins hostile à l'initiative du gouvernement qu'à son arrivée en 1837, même si l'adhésion est loin encore d'être généralisée.

Si ces résistances sont à mettre au compte de l'ignorance et de la peur face à une opération perçue comme étrangère ou menaçant les valeurs religieuses, elles dérivent

³⁷ *Ibid.* p. 24.

³⁸ Les versements semblent cependant avoir été irréguliers, ce qui a pu contribuer à réduire le zèle des barbiers. S. Jagailloux, *op. cit.*, p. 71.

³⁹ C. Cuny, *Mémoire sur les services rendus par M. Cuny en sa qualité de médecin, depuis l'année 1837 jusqu'en 1851, qu'il a servi le Gouvernement égyptien*, cité par L. Kuhnke, p. 116.

⁴⁰ Colucci-Bey, président de l'Intendance générale Sanitaire d'Égypte, *Compte-rendu des travaux pendant les années 1860 à 1865*, Alexandrie, Imprimerie du journal *l'Égypte*, 1865, p. 34.

également des imperfections de la méthode vaccinale elle-même. La lymphe importée peut être détériorée lors du voyage ; les méthodes de conservation du vaccin préconisés par Clot-Bey, déjà aléatoires en Europe, se révèlent peu adaptées dans le climat chaud de l'Égypte. La vaccination de bras à bras, si elle supprime en partie le problème de la conservation, perd de son efficacité au cours de la chaîne vaccinale et comporte également des dangers, en particulier la transmission de la syphilis, maladie répandue en Égypte. Enfin, l'absence de revaccination entraîne à terme une réapparition de la maladie qui sème le doute dans des esprits déjà sceptiques.

Malgré l'investissement important de Clot-Bey pour la diffusion de la vaccination jennérienne, ses propres conceptions médicales constituent finalement un obstacle à celle-ci. En effet, anticontagioniste convaincu, Clot-Bey ne renvoie jamais, dans ses écrits, la vaccination à un phénomène épidémique ou contagieux. Destinée à tous les enfants en bas âge, il s'agit d'une opération de prophylaxie individuelle, une obligation qui pèse sur chacun sans que soit jamais explicitée la dimension collective de cette mesure préventive. Ainsi, il insiste sur le fait que « tout père, toute mère, tout parent qui néglige de procurer ce bienfait à ses enfans, à ses proches, manque à ses devoirs les plus sacrés presque au même degré que celui qui leur refuserait des aliments et des vêtements. En pareille matière rien ne peut servir d'excuse, car Dieu ne veut pas qu'on néglige les moyens qu'il nous offre pour notre conservation. »⁴¹ Mais il n'évoque jamais le risque pour la communauté d'une expansion de la maladie par contagion. On est loin également, dans la pensée de Clot-Bey, du caractère « pédagogique » de l'épidémie défendu par le docteur Bertherand en Algérie au milieu du XIX^e siècle⁴² et les louables efforts d'écriture et de traduction du transmetteur de la médecine moderne en Égypte sont impuissants à compenser cette lacune fondamentale, *a fortiori* dans un environnement largement analphabète.

Ce déficit d'informations portant sur le sens préventif et collectif de la vaccination est d'autant plus fâcheux qu'il ne semble guère y avoir eu, en Égypte, de socialisation préalable par l'inoculation. On a coutume de s'appuyer sur la description de Dominique Larrey, chirurgien de Bonaparte lors de l'Expédition d'Égypte, pour supposer la pratique de la variolisation répandue dans le pays. Larrey remarque que « l'inoculation est connue en Égypte jusqu'aux sources du Nil, et son usage remonte aux temps les plus reculés. Cette opération est désignée en arabe sous le nom de *takhlyseh el-gidry*, ou l'achat de la petite vérole. »⁴³ Il fait ensuite la description de l'opération, effectuée par des matrones : « elles prennent une petite bandelette de coton, qu'elles appliquent sur les boutons de la petite vérole

⁴¹ Clot-Bey, *Instruction sur la vaccination*, Alexandrie, Imprimerie du commerce, 1837, p. 2.

⁴² Bertherand préconisait la vaccination des Algériens uniquement en temps d'épidémie afin de « frapper les sens par un résultat palpable et provoqué surtout en temps opportun (...). Une invasion épidémique doit seule, peut seule, leur en démontrer la nécessité et vaincre leur méfiance ». Il s'opposait en cela à son confrère Agnely qui entendait imposer la vaccine en tout temps et en tout lieu, sans avoir à la justifier, car elle relève de la « civilisation » qui ne saurait être refusée. Y. Turin, *op. cit.* p. 339-341.

⁴³ D. Larrey, « Notice sur la chirurgie et la médecine des Égyptiens », *La Description de l'Égypte : État moderne* I, p. 519.

en suppuration ; ensuite elles la posent sur le bras de l'enfant qu'elles veulent inoculer, après l'avoir bien lavé et essuyé. »⁴⁴ Or cette description est lacunaire puisqu'elle n'évoque pas la plaie nécessaire à l'inoculation sur le récepteur ; Larrey restitue peut-être un récit qui lui a été fait et le généralise abusivement. En fait, il est probable que cette technique n'était connue et pratiquée que par les Bédouins⁴⁵ et inconnue de la majorité des fellahs de l'Égypte. La minutieuse description des coutumes de l'Égypte moderne par Edward W. Lane⁴⁶ n'y fait aucune allusion et Clot-Bey affirme lui-même que « l'inoculation variolique y était inconnue »⁴⁷. D'ailleurs, contrairement à ce qui s'est passé en Algérie ou en Inde, pays où l'inoculation était répandue, l'introduction de la vaccine jennérienne en Égypte ne s'est pas accompagnée d'un travail de lutte et de délégitimation de l'inoculation.

Lorsqu'elle est imposée à l'Égypte à partir du second quart du XIX^e siècle, la vaccination antivariolique apparaît ainsi dans toute sa nouveauté et son audace. Elle vise non pas à soigner une affection déclarée, mais à inoculer à un individu bien portant une maladie destinée à en empêcher ultérieurement une survenue plus grave. Il s'agit là d'une opération mentale difficile à concevoir. Or, pas plus que les paysans français ou algériens, les fellahs d'Égypte ne sont en mesure de se « projeter dans le futur et les raisonnements abstraits »⁴⁸. De plus, la vaccination jennérienne propose une méthode, l'inoculation, bien éloignée des usages thérapeutiques des médecines savante et traditionnelle du monde arabo-musulman qui préconisent la purge ou la saignée pour évacuer le sang corrompu des varioleux⁴⁹.

La vaccination antivariolique constitue sans doute en Égypte une mesure pionnière, une expérience exemplaire en matière de santé publique. Cependant, son introduction sous la diligente responsabilité de Clot-Bey n'est pas allée sans heurts et sans obstacles. Imperfections de la technique, information insuffisante et inadaptée, résistance d'une population d'autant plus réticente qu'elle n'était pas préparée à une telle mesure préventive par la pratique antérieure de l'inoculation, soumission de l'opération aux relâchements épisodiques d'un système de santé extrêmement centralisé, tout suggère un processus moins harmonieux que Clot-Bey ne l'affirme dans ses écrits. Pour ce dernier en effet, l'introduction de la vaccination antivariolique constitue l'une de ses réussites les plus éclatantes en Égypte. Mais la survalorisation accordée par Clot-Bey à la lutte contre cette maladie revêt un aspect idéologique, lié à l'efficacité de la vaccination et à son instrumentalisation par l'État égyptien pour faire pénétrer et accepter la médecine moderne dans le pays. La lutte contre les maladies

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ Ch. Cuny note que « L'inoculation de la variole avait lieu avant celle du cow-pox chez les Arabes nomades des déserts arabiques et aux oasis. La vaccine, parmi eux, a été acceptée avec enthousiasme, et s'y est propagée d'une manière générale et surprenante », *Propositions d'hygiène, de médecine et de chirurgie relatives à l'Égypte*, Thèse de médecine, Paris, 1853, p. 25.

⁴⁶ E.W Lane, *Manners and Customs of the Modern Egyptians*, London and the Hague, East-West Publications, 1978.

⁴⁷ Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, p. IV

⁴⁸ O. Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècle)*, Paris, Anthropos, 1994, p. 132.

⁴⁹ I. Perho, « The Prophet's Medicine. A Creation of the Muslim Traditionalist Scholars », *Studia Orientalia*, vol. 74, 1995.

respiratoires et gastro-intestinales, beaucoup plus meurtrières que la variole, implique des mesures d'hygiène, d'assainissement et d'éducation sanitaire visant des changements radicaux de comportement que le système de santé publique, encore balbutiant et peu fortuné, n'est pas en mesure de réaliser pleinement⁵⁰. Mais si l'on ne peut nier l'usage idéologique attaché à la vaccination, il demeure vrai qu'en Égypte « ce service y était poussé si loin que l'Europe, en pleine civilisation, ne possédait rien de mieux »⁵¹.

Malgré ses faiblesses et ses lacunes, l'œuvre de vaccination entreprise au XIX^e siècle présente un bilan globalement positif. Si le système de santé est impuissant à toucher l'ensemble de la population, la proportion malgré tout assez importante de personnes immunisées permet de modérer sensiblement les ravages de la maladie. Dans les années 1870, le taux de mortalité par variole est même devenu très faible⁵². Mais, précisément parce que l'immunité n'est pas universelle, et parce qu'il n'y a pas de revaccination, des flambées épidémiques, certes atténuées, réapparaissent dans les années 1890. Cette recrudescence alarme les autorités anglaises, qui occupent le pays depuis 1882, et les incite à redoubler d'efforts pour imposer la vaccination antivariolique.

2. Deuxième temps de la vaccination : une mesure généralisée pour le salut de la collectivité (1890-1927)

2.1. La vaccination au service de la médecine coloniale

Le rattachement, depuis 1858, des deux services quarantenaire et médical au sein d'une seule institution, l'Intendance Générale Sanitaire, avait entraîné progressivement une quasi-paralysie de l'ensemble du système. Malgré la prépondérance accordée au service quarantenaire, les consuls déploraient le manque de crédibilité internationale de l'Égypte dans la surveillance des épidémies aux frontières, et le service médical intérieur était totalement négligé faute de moyens financiers et de compétences médicales, plus volontiers orientées vers la pratique privée et les carrières académiques⁵³. Face à cette situation jugée déplorable, le Gouvernement égyptien désigne, en octobre 1880, une commission chargée de réorganiser le système de santé. Sur la base du rapport produit par cette commission, un décret du 3 janvier 1881 opère la séparation des deux services. L'Intendance Générale Sanitaire d'Égypte, qui prend désormais le nom de Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire, siégeant à Alexandrie, est « chargé(e) d'arrêter les mesures à prendre pour prévenir l'introduction en

⁵⁰ De nombreuses mesures d'hygiène ont été décrétées au cours de cette période (éloignement des cimetières, assèchements des marais...), insuffisantes cependant pour enrayer la pathologie dominante.

⁵¹ Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, op. cit. p. 23

⁵² D. Panzac, « Endémies et épidémies... », *art.cit.*, p. 89.

⁵³ S. Chiffolleau, *Médecines et médecins en Égypte. Construction d'une identité professionnelle et projet médical*, Paris/Lyon, L'Harmattan/Maison de l'Orient Méditerranéen, 1997.

Égypte, ou la transmission à l'étranger, des maladies épidémiques et des épizooties. »⁵⁴ Un Conseil de Santé et d'Hygiène publique, basé au Caire et rattaché au ministère de l'Intérieur, est quant à lui chargé de la direction et de la surveillance des services sanitaires. L'administration égyptienne a cependant bien peu le loisir de développer cette dernière structure. En occupant le pays en 1882, les Anglais ne remettent pas en cause la séparation des deux services, désormais acquise, mais modifient dès février 1884 la législation de 1881, transformant le Conseil de santé en une Direction des Services sanitaires et d'Hygiène publique. On passe ainsi d'un Conseil, organisation collégiale formée de douze membres, chargée de proposer « au gouvernement l'adoption de tous les règlements à édicter et de toutes les mesures à prendre dans l'intérêt de la santé et de la salubrité publique »⁵⁵ à une organisation monocéphale où le directeur a tout pouvoir, lequel directeur est britannique.

L'administration coloniale ne bouleverse pourtant pas le système de santé lui-même, mais se glisse dans le schéma dessiné par Clot-Bey un demi-siècle auparavant, en l'étoffant et le modernisant. L'encadrement sanitaire du territoire repose toujours sur une structure pyramidale. Au sommet les inspecteurs divisionnaires, britanniques, « ont sous leurs ordres tous les agents du service médical de leur circonscription (...) et sont responsables de la bonne marche du service »⁵⁶ ; le personnel subalterne est composé des inspecteurs de province et des médecins de district⁵⁷, Égyptiens pour la plupart, ainsi que des barbiers qui continuent à jouer leur rôle d'auxiliaires médicaux dans les villages. Leur contribution au système de santé demeure d'ailleurs primordiale en raison du nombre volontairement limité par le pouvoir colonial de diplômés de l'École de médecine du Caire⁵⁸.

Si les structures de l'administration sanitaire égyptienne ne changent guère au cours des premières années de l'occupation anglaise, la discipline médicale connaît en revanche à cette époque une évolution radicale. La découverte du rôle des germes dans la genèse des maladies bouleverse les pratiques médicales et préventives. D'une part, l'examen bactériologique permet de désigner individuellement les porteurs d'agents pathogènes, qu'ils soient sains ou malades ; d'autre part, la théorie des germes balaye définitivement les conceptions miasmatiques et aéristes si chères à Clot-Bey, même si celles-ci subsistent dans les représentations et les pratiques populaires. Il n'est plus possible, dès lors, d'occulter la

⁵⁴ Article premier du décret du 3 janvier 1881 réorganisant l'Intendance Générale Sanitaire d'Égypte sous la dénomination de « Conseil sanitaire maritime et quarantenaire », *Bulletin des Lois et Décrets*, 1881, p. 13.

⁵⁵ Article 4 du décret du 3 janvier 1881 instituant le Conseil de Santé et d'Hygiène publique, *Bulletin des Lois et Décrets*, 1881, p. 5.

⁵⁶ Article 2 du Décret du 15 février 1884.

⁵⁷ Autrement appelés « médecins de markaz ». Le markaz est en effet une unité administrative correspondant à un district ; la ville chef-lieu est à peu près l'équivalent d'une sous-préfecture. En province, il n'y avait pas de médecins en exercice dans les villages. Depuis la ville de markaz où ils étaient en poste, les médecins de l'Administration sanitaire sillonnaient le district et contrôlaient le travail des barbiers qui exerçaient au niveau des villages, pratiquant la vaccination et tenant à jour les registres d'État civil.

⁵⁸ De 1896 à 1915, la moyenne annuelle du nombre de diplômés s'élève à quinze, chiffre tout à fait dérisoire en regard des besoins du pays.

dimension collective de la maladie. Le pouvoir colonial anglais, peu soucieux avant 1918 de développer le service médical intérieur, va surtout utiliser les technologies nouvelles de la bactériologie pour lutter contre les maladies infectieuses et bloquer leur éventuelle extension vers l'Europe. Le dispositif quarantenaire, modernisé et rendu plus efficace⁵⁹, devenu la priorité des Anglais en matière de santé publique en Égypte, est ainsi mis au service de la lutte contre la menace, désormais élucidée mais toujours présente, de la contagion.

Or la variole est une maladie contagieuse. Plus qu'aucune autre maladie, elle peut être combattue dans la mesure où on connaît à la fois son étiologie et un remède efficace. Cependant, contrairement à la peste et au choléra, son danger n'est pas tant dans sa capacité à franchir les frontières vers l'Europe, où elle sévit également, que dans les ravages qu'elle continue de faire parmi la population locale. Dans la logique économique qui sous-tend l'expérience coloniale britannique en Égypte, elle est préjudiciable aux hommes et à la production. Il n'est pourtant qu'un simple geste vaccinal à généraliser pour en venir à bout. Dans un système de santé intérieur modeste et sans moyens financiers, la vaccination antivariolique, efficace et peu coûteuse, continue ainsi à jouer un rôle d'avant-garde médicale, cette fois placée au service de la médecine coloniale.

Greene Pacha, nommé directeur de l'Administration des Services sanitaires à la fin de 1884, remarque d'emblée que « la vaccination obligatoire (est) négligée ou pratiquée d'une manière défectueuse et inefficace »⁶⁰. Quelques mois avant sa nomination, une décision du Conseil des ministres, en date du 17 juillet 1884, avait établi une amende de 50 piastres pour « ceux des parents qui aur(aient) manqué de présenter leurs enfants à la vaccination aux jours et heures fixées à cet effet »⁶¹, amende convertie en une peine d'emprisonnement de cinq jours pour les personnes qui seraient dans l'impossibilité de s'en acquitter. Une note de Greene, adressée au Conseil des ministres le 6 Moharrem 1303, propose, « dans le but de sauvegarder la santé publique et de prévenir une épidémie de petite vérole », d'étendre cette amende aux parents « qui négligeraient de soumettre une semaine après la vaccination, leurs enfants à l'examen des médecins chargés de ce soin à l'effet de constater si l'opération avait réussi »⁶². Une seconde note, datée du 21 août 1887, suggère de punir la récidive du double de la peine prévue dans la décision de juillet 1884⁶³. L'insistance mise par Greene pour prévoir des moyens de contrainte auprès de la population souligne à quel point l'acceptation de la vaccination est loin encore d'être généralisée. Par ailleurs, ce n'est plus tant sur les intermédiaires sociaux que pèse la pression des autorités médicales, mais bien sur les parents eux-mêmes. Le principe de la contagion désormais admis, chacun a individuellement une responsabilité vis-à-vis de la collectivité.

⁵⁹ A. M. Moulin, « Révolutions médicales et révolutions politiques en Égypte (1865-1917) », *R.E.M.M.M* n° 52-53, 1989, p. 111-122.

⁶⁰ Cité par S. Jagailloux, *op. cit.* p. 128.

⁶¹ Archives Nationales Égyptiennes (ANE), *nithâra al-dâkhiliya* (Administration de l'Intérieur), carton G/10/2, lettre du 6 Moharrem 1303.

⁶² *Ibid.*

⁶³ ANE, Note au Conseil des Ministres en date du 21 août 1887, *nithâra al-dâkhiliya*, carton G/10/2.

Cette nouvelle conception de l'obligation et de la responsabilité trouve une traduction juridique dans le décret sur la vaccination adopté le 17 décembre 1890. Il s'agit de la première législation spécifique depuis le règlement édicté par Clot-Bey en 1837. La vaccination obligatoire demeure gratuite. Elle ne concerne que les nouveau-nés, lesquels doivent être présentés au vaccinateur, médecin ou barbier, dans un délai de trois mois suivant la naissance. Une seconde visite dans les sept jours suivant l'opération permet d'en vérifier le résultat. En cas de réussite, il est délivré aux parents, sans frais, un certificat de vaccination. Dans le cas contraire, l'opération doit être répétée tous les deux mois, jusqu'à obtenir un résultat positif. En cas de manquement ou d'infraction, l'article 7 prévoit des amendes de 10 à 100 piastres et des peines d'emprisonnement allant de 24 heures à une semaine, la peine étant « appliquée proportionnellement à la durée du retard apporté à l'observation des prescriptions ».

Les Britanniques font montre en Égypte d'une audace qu'ils ne sauraient manifester en Inde à la même époque. L'ancienneté de la pratique vaccinale en Égypte, malgré ses imperfections et ses lacunes, leur permet d'imposer cette obligation à une population somme toute relativement bien socialisée à l'opération. En Inde, malgré une pratique répandue de l'inoculation dans certaines régions, les craintes d'une rébellion contre la vaccination sont telles que le pouvoir colonial anglais n'impose l'obligation que progressivement à partir de 1880, et avec prudence puisque l'ensemble du pays n'est pas encore couvert en 1950⁶⁴. Il est vrai aussi que la population égyptienne est plus homogène que celle de l'Inde. Les pratiques administratives anciennes, rationalisées par les Anglais⁶⁵, permettent un comptage et un contrôle relativement efficaces de cette population, à l'exception des Bédouins qui s'obstinent à échapper aux recensements et aux enregistrements.

La législation de 1890 sur la vaccination antivariolique est également applicable aux étrangers résidant en Égypte. Or ceux-ci sont régis par un statut particulier, celui des juridictions consulaires et des Tribunaux mixtes, et les lois égyptiennes ne leur sont en principe pas applicables. Cependant, en matière de santé publique, cette exception pose problème. Ainsi, on avait pu constater déjà que la variole était fréquente dans les demeures d'Européens, en particulier les Maltais et les Grecs, dont le niveau de vie est à peine meilleur que celui des Égyptiens des classes pauvres. Au retour d'une mission envoyée en Europe en 1862 pour « l'étude des sciences médicales et de la vaccination », une délégation de l'Intendance Générale Sanitaire d'Égypte avait conclu à la nécessité d'étendre aux Européens le règlement sur la vaccination⁶⁶. Mais les Égyptiens n'avaient pu fléchir les Puissances. En ce sens, la réglementation de 1890 sur la vaccination constitue une première victoire dans ce domaine, bien antérieure à la suppression des Tribunaux mixtes dont le fonctionnement continue longtemps encore à entraver l'unification de la législation égyptienne. L'année

⁶⁴ D. Arnold, *op. cit.* p. 155.

⁶⁵ En 1891, les Britanniques adoptent un *Décret relatif aux naissances et au décès*, renforçant le dispositif d'enregistrement mis en place à l'époque de Muhammad 'Alî.

⁶⁶ Colucci-Bey, *Compte-rendu des travaux de l'Intendance Générale Sanitaire d'Égypte pendant les années 1860 à 1865*, Alexandrie, Imprimerie du Journal l'Égypte, 1865.

suivante par exemple, en 1891, les Puissances mettent en échec un projet de loi sur le contrôle des pharmacies privées qui autorisait les agents de l'Administration sanitaire à pénétrer dans les officines. Or celles-ci appartiennent en grande majorité à des étrangers. La défense de la propriété privée constitue l'argument du refus ; la vaccination relève quant à elle du bien public. Malgré les protestations émises par les étrangers, Greene, directeur du Département de santé et initiateur de la législation, ne cède pas et crée ainsi un précédent, marque une brèche dans le double système juridique de l'Égypte.

Avec l'occupation anglaise, la vaccination antivariolique connaît non seulement un renforcement juridique, mais également une modernisation technique. Le vœux émis par Clot-Bey de découvrir en Égypte même le *cow-pox* ne s'étant pas réalisé, c'est l'usage de la vaccine humaine qui est répandue dans tout le pays, avec les dangers, notamment la syphilisation, qui en découlent. En 1896, bien postérieurement à l'Europe, un Institut de la vaccine est fondé au Caire ; il est désormais possible, à partir de la lymphé de deux veaux importés de Montpellier, de fabriquer localement un vaccin de qualité constante et de couvrir les besoins des structures gouvernementales comme ceux des médecins privés. Cependant, les problèmes de conservation et de transport à travers le pays continuent de se poser. Clot-Bey s'était contenté de reproduire les usages européens de la plume, des tubes et des plaquettes de verre ; avec pragmatisme et ingéniosité, les Anglais adaptent la technologie locale aux contraintes de l'acte vaccinal. Dans toutes les unités administratives du territoire, sont fournies des *gullah*⁶⁷ spéciales, destinées à remplacer l'usage de la glace pour la conservation du vaccin. Ces *gullah* contiennent un cylindre bouché dans lequel est placé le vaccin, l'eau est ensuite versée dans la jarre, autour du cylindre interne ; l'évaporation de l'eau assure le refroidissement de l'ensemble. Par ailleurs, les barbiers reçoivent, par l'intermédiaire des officiers de santé, un tube de vaccin produit à l'Institut du Caire, lui-même placé dans une boîte en bois pour le transport. À l'arrivée au village, celle-ci doit être remplacée par une petite boîte de fer blanc, laquelle est placée dans l'eau d'une *gullah* dont on a supprimé la membrane trouée du goulot⁶⁸. Cependant, ces vaccins ne demeurent guère longtemps actifs et les barbiers, dans les zones rurales, continuent à pratiquer la vaccination de bras à bras. Le stockage en chambre froide, à partir de 1915, permet de la supprimer définitivement. En revanche en ville, notamment dans la capitale, le vaccin est stable et de bonne qualité dès la fin du XIX^e siècle.

La vigilance des Anglais, alliée aux progrès techniques, permet enfin une réelle généralisation de la vaccination antivariolique chez les nouveau-nés. Sandwith remarque que seules 28 496 vaccinations avaient été réalisées en 1883, contre 406 856 en 1903. Les chiffres des annuaires statistiques révèlent qu'en moyenne 95 % des nouveau-nés sont vaccinés au cours de la période 1900-1915. Cependant, en l'absence de revaccination, dont Greene s'était fait vainement le défenseur dès les années 1880, des épisodes épidémiques réapparaissent

⁶⁷ Petites jarres de terre cuite utilisées partout pour la consommation d'eau.

⁶⁸ Department of Public Health, *Departmental Orders*, 26 janvier 1918.

régulièrement, environ tous les cinq ans, incitant les autorités politiques de l'Égypte à entreprendre des campagnes générales de vaccination.

2.2. Épidémie, colonialisme et réformisme

En février 1919, une nouvelle épidémie se déclare et se poursuit toute l'année. On recense 7 895 cas, dont 1 569 dans la seule ville du Caire qui compte alors 761 500 habitants. En 1920, 3 004 cas de variole sont encore enregistrés, mais l'épidémie est enrayée dès la moitié de l'année grâce à une campagne nationale de vaccination, la première de ce genre, lancée en 1919 pour s'achever au début de 1921.

S'appuyant sur la structure pyramidale du vieux système de santé créé par Clot-Bey, l'Administration sanitaire aux mains des Anglais privilégie, dans cette vaste opération, les zones rurales, principal réservoir de main-d'œuvre pour la production cotonnière. Les omdahs⁶⁹ et les cheikhs al-balad sont mobilisés pour tenir le compte de la population ; les vaccinations sont faites par les barbiers et les *tamourgui* (infirmier ou aide sanitaire) sous le contrôle des médecins de markaz. Les habitants des villes provinciales, bandar⁷⁰ ou markaz, n'ont semble-t-il pas été concernés. Au Caire cependant, pour faire face à la virulence de l'épidémie, 83 466 habitants sont vaccinés. L'ensemble des fonctionnaires, soit 13 832 personnes, est également vacciné sur les lieux mêmes de travail, par des médecins envoyés par l'Administration sanitaire. Un total de 97 298 Cairotes a été soumis à l'opération, soit 12,7 % de la population de la capitale. Dans l'ensemble du pays, ce sont six millions de personnes qui ont été vaccinées⁷¹. Le recensement de 1917 chiffrant la population totale à 12,6 millions d'habitants, la vaccination a touché près de 50 % de la population globale. Mais, du moins dans le contexte de l'urgence, la proportion de vaccinés entre capitale et province s'est inversée depuis l'époque de Clot-Bey.

L'année 1921 enregistre le chiffre le plus bas de cas de variole depuis 35 ans, ce qui prouve la réussite de la campagne nationale de vaccination. Mais l'épidémie, qui est survenue l'année même de la révolution nationale conduite par le Wafd, a permis de souligner le retard pris par l'Égypte dans le domaine médical. Pourtant, au début du XIX^e siècle, elle avait été pionnière en matière de vaccination. Clot-Bey en avait décrété l'obligation dès 1827, très longtemps avant les pays européens. Mais ceux-ci ont à présent largement rattrapé leur retard dans ce domaine. En Angleterre, la vaccination antivariolique est obligatoire depuis 1867, bien que cette obligation soit inégalement respectée. Elle le devient en Allemagne vingt ans plus tard, et en France à partir de 1902. L'obligation porte dans tous les cas également sur la

⁶⁹ Sous l'occupation anglaise, le omdah est un représentant de la communauté locale dont la fonction est à peu près équivalente à celle d'un maire.

⁷⁰ Le bandar pourrait correspondre au chef-lieu de département ; il s'agit à l'époque des 14 villes principales d'Égypte.

⁷¹ Dr Ahmed Hilmy Bey, *La variole en Égypte. Son histoire et les moyens de lutter contre elle* (en arabe), La Caire, Imprimerie nationale, 1933. Dans cet ouvrage, A. Hilmy fait le récit détaillé des deux campagnes de vaccination de 1919-21 et 1925-27.

revaccination. Pour les nationalistes égyptiens, la persistance des épidémies de variole, comme tous les autres signes du retard médical dans le pays, sont à mettre sur le compte de la négligence des Anglais qui, fort regardants chez eux dans ce domaine, se sont montrés plus laxistes en Égypte. C'est donc à l'aune des exemples européens que les nationalistes égyptiens mesurent la nécessité et l'urgence de la réforme de leur pays ; riches du savoir et de l'expérience accumulés pendant la période coloniale, ils se proposent d'utiliser ceux-ci pour mettre en œuvre un projet de société endogène⁷².

L'indépendance, même partielle, acquise en 1922, permet au corps médical égyptien d'investir les postes de responsabilité de l'Administration de Santé publique, d'où ils tentent d'initier une politique de santé plus dynamique, malgré les entraves liées aux difficultés économiques. Fin 1923, le docteur Ahmed Hilmy Bey est nommé directeur du Département des épidémies à l'Administration de Santé. Le Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Alexandrie, internationalisé depuis 1897, continue à mener la lutte contre l'introduction des épidémies dans le pays et les éventuelles fuites vers l'Europe. Le petit département attaché à l'Administration de Santé est chargé, quant à lui, de vaincre les méfaits des épidémies, notamment celles de variole, à l'intérieur même du pays.

Lors d'une épidémie de variole, qui débute fin 1925 et s'aggrave en 1926, Ahmed Hilmy lance à son tour une campagne nationale de vaccination, convaincu de l'efficacité de ce type d'entreprise puisque cette dernière épidémie est beaucoup moins virulente que la précédente (2 677 cas contre 10 899 en 1919-21). Hilmy se montre cependant critique vis-à-vis des méthodes employées précédemment par les Anglais. Selon lui, les limites de la campagne de 1919-21 sont dues à quatre problèmes principaux qu'il convient de résoudre. La campagne ne doit tout d'abord pas se limiter à la moitié de la population du pays, mais couvrir absolument tout le monde, sans la moindre exception, du nouveau-né au vieillard, avec un effort particulier en direction des Bédouins⁷³. Les omdahs et les cheikhs mobilisés pour le recensement de la population à vacciner doivent être remplacés par des employés compétents de l'administration de la statistique. Le système de contrôle de l'opération par les inspecteurs de santé doit être amélioré ; au cours de la campagne de 1919-1921, des étudiants en médecine non encore diplômés avaient été engagés pour cette tâche. Enfin, les barbiers doivent disparaître, progressivement remplacés par des médecins. Ce dernier point, central dans le programme d'Ahmed Hilmy, reflète les aspirations égyptiennes à un réel renforcement du pouvoir médical. Les Anglais, cantonnant pour l'essentiel la médecine à une tâche routinière de surveillance des maladies infectieuses, avaient largement utilisé les barbiers, formés et rémunérés, notamment pour pratiquer la vaccination en milieu rural⁷⁴. Les

⁷² Sur ce retournement du savoir colonial voir A. Roussillon (dir.), *Entre réforme sociale et mouvement national. Identité et modernisation en Égypte (1882-1962)*, Le Caire, CEDEJ, 1995.

⁷³ L'engouement des Bédouins pour la vaccination, souligné par Cuny, semble avoir fait long feu. Les observateurs de l'époque notent souvent la réticence des gens des tribus à se plier aux directives gouvernementales.

⁷⁴ Au début du XX^e siècle, les barbiers touchent une piastre par vaccination réussie, soit la même somme que leur avait attribuée Clot-Bey.

Égyptiens entendent quant à eux revaloriser la pratique médicale généraliste et dissocier cette discipline phare de la modernisation d'une dimension traditionnelle, voire folklorique, dans laquelle la maintient la survivance de la fonction des barbiers.

Faute de personnel médical en nombre suffisant⁷⁵, c'est pourtant cette dernière volonté de Hilmy qui est la plus difficile à atteindre. La campagne de 1926-27 ne réalise en effet pas toutes les ambitions de Hilmy et emprunte encore largement aux principes qui avaient guidé la précédente. Grâce cependant à la création, en 1924, de deux postes d'inspecteur de la vaccination, pour la Basse et la Haute-Égypte, ainsi qu'au découpage progressif des markaz en régions médicales tendant à limiter la population contrôlée par un même médecin de markaz à 30 000 au lieu de 70 000 individus, le contrôle sur les barbiers, dont on ne peut encore se passer, s'effectue de manière plus étroite et plus efficace. La campagne de vaccination proprement dite est précédée d'un recensement de la population par une équipe composée d'un expert de l'Administration de Santé et d'un responsable local sachant lire et écrire, ou du moins connaissant bien les habitants. Ces équipes opèrent au niveau des quartiers urbains et des districts ruraux. Elles inscrivent tous les noms sur un cahier blanc fourni par l'Administration qui doit être signé, une fois rempli, par le cheikh ou le omdah. En moyenne, 3 000 personnes par jour et par équipe sont recensées. La vaccination, annoncée par crieur un jour à l'avance, est ensuite effectuée dans les maisons mêmes, et non plus dans des tentes ou le long des cordons sanitaires. Selon Hilmy, ce système est certes plus contraignant pour le vaccinateur, mais aussi plus efficace. Il permet en outre d'approcher les femmes. On procède pour cette opération de façon aussi systématique que pour le recensement. La date de vaccination est inscrite en face des noms sur le cahier blanc, et les personnes absentes doivent se rendre chez le médecin le soir même, au plus tard le lendemain. Les médecins vaccinateurs doivent également opérer un contrôle permanent. Présents sur le terrain, ils doivent vérifier les bras dans toutes les occasions (dans les maisons, au marché, à la sortie de la mosquée, les femmes au bord des canaux etc.) et être toujours équipés de façon à vacciner ceux qui ont échappé à cette mesure. Les inspecteurs se rendent également dans les tribus où ils doivent convaincre les chefs de l'utilité et du caractère inoffensif de l'opération, laquelle est effectuée, en ce qui concerne les femmes, par une matrone de la tribu, après une brève formation. Enfin, un effort particulier est consenti à l'information ; des prospectus sont diffusés dans l'ensemble du pays, expliquant les dangers de la variole et les bienfaits de la vaccination, information complétée par les interventions directes des vaccinateurs. D'ailleurs, Hilmy note qu'il n'y a pas eu de réaction négative de la part de la population au cours de cette campagne⁷⁶, bien que

⁷⁵ À partir de 1923, la formation s'accélère à la Faculté de médecine. Le nombre de diplômés est en moyenne de 85 par an au cours de la décennie 1923-33, ce qui reste insuffisant pour réaliser les ambitions sanitaires des réformistes.

⁷⁶ Quelques années plus tard, à l'occasion d'une nouvelle épidémie en 1933, 'Abd al-Wâhid al-Wakîl, l'un des pionniers de la médecine de santé publique égyptienne, note que « the public, fortunately, is quite agreeable to this kind of immunisation, a fact plainly shown by the commendable revaccination of 1926 », 'Abd al-Wâhid al-Wakîl, Éditorial du *Journal de l'Association médicale égyptienne*, n° 3, mars 1933, p. 182.

la vaccination demeure suspecte puisqu'on lui prête parfois des cas de méningite. Elle semble toutefois, à cette date, acceptée, sinon réellement comprise par la population. Grâce à cette mobilisation, et à l'accélération de la production de vaccin à l'Institut du Caire, 900 000 personnes sont vaccinées fin 1925, puis 7 millions l'année suivante et 6,7 millions en 1927, soit 14,6 millions de vaccinations effectuées au cours de cette période. Hilmy conclut à une bonne réussite de l'opération et ne déplore que quelques lacunes au Caire et à Alexandrie⁷⁷.

Cette campagne, qui a lieu tout juste cent ans après l'introduction de la vaccination obligatoire par Clot-Bey, marque un tournant dans l'histoire de cette méthode en Égypte. Pour la première fois, la vaccination s'est étendue à toute la population, quel que soit l'âge. D'ailleurs, cette campagne brise le rythme de cinq ans qui voyait réapparaître régulièrement des épidémies. Dans le contexte réformiste de l'entre-deux-guerres, qui cherche à briser le cercle vicieux de l'arriération de l'Égypte, enfermée dans le triangle sinistre de la misère, l'ignorance et la maladie, elle apparaît comme une victoire de la santé publique, un objectif accessible dans l'immensité de la tâche à accomplir. La bourgeoisie moderniste égyptienne, désormais aux commandes du pouvoir politique, s'attache en effet à rapprocher la masse de la population de son propre niveau, de sa représentation de la « civilisation ». Or le fossé est immense ; la tâche est ardue, voire impossible, et l'Administration de Santé bien modeste en regard des besoins. Aussi est-elle souvent tentée par les moyens autoritaires, justifiés par l'urgence et l'ampleur de la tâche à accomplir. Déjà en 1896, le chroniqueur d'une revue de vulgarisation médicale, genre fort répandu à l'époque, relevait avec une pointe d'admiration mêlée d'étonnement, une expérience menée au Texas. Lors d'une épidémie de variole dans cet État, le gouvernement américain, après avoir décrété la vaccination générale, avait envoyé la police pour contraindre, y compris par la menace des armes à feu, la population réticente à se rendre dans les centres de vaccination afin de « conserver la santé de ces gens contre leur gré »⁷⁸. Les campagnes de vaccination dans l'Égypte des années 1920-1940 sont ainsi l'occasion de contraindre la population à se plier aux normes de la santé publique, certes apparemment sans guère de violence. Par ailleurs, si ces campagnes, d'une grande ampleur, réclament une organisation méticuleuse et cohérente, ce qui prouve l'efficacité de l'Administration de santé, elles demeurent relativement peu coûteuses. Hilmy calculant à 3 millièmes de livre le coût d'une vaccination, il estime que l'Administration de santé peut supporter seule, sur son budget normal, le poids financier des campagnes de vaccination et les inscrire dans une action continue⁷⁹. Ainsi les campagnes de vaccination ont non seulement le mérite d'être l'une des rares mesures de santé publique capable d'englober toute la population, mais elles sont aussi une opération financièrement réalisable pour un État peu

⁷⁷ Alexandrie a un statut particulier dans la mesure où elle possède une Municipalité. C'est précisément en raison de son indépendance administrative que la seconde ville d'Égypte a en partie échappé au plan général de vaccination de la campagne de 1926. C'est d'ailleurs à Alexandrie que se déclarera l'épidémie de variole suivante, en 1933.

⁷⁸ *Tabîb al-â'ila* (le Médecin de famille), n° 10, 1896, p. 188.

⁷⁹ A. Hilmy, *op. cit.* p. 28.

nanti, ce qui permet à celui-ci de se manifester avec éclat sur la scène de la santé publique, domaine dans lequel il est resté longtemps absentéiste, et de souligner ainsi sa nature altruiste.

Ce sont sans doute les avantages, tant médicaux qu'idéologiques, attachés à l'acte vaccinal qui incitent le gouvernement égyptien à adopter, dès 1931, une loi sur la vaccination préventive pour le choléra, la peste, la diphtérie et la variole, malgré les doutes pesants sur l'efficacité de certains de ces vaccins. Dans son premier article, la loi oblige à réaliser une vaccination préventive sur tout individu en contact avec une personne ayant contracté l'une de ces quatre maladies ; l'article deux donne la possibilité au ministre de l'Intérieur de décréter la vaccination de l'ensemble de la population en cas de survenue d'une épidémie. C'est en vertu de cette loi qu'est conduite une nouvelle campagne de vaccination antivariolique, en 1933, toujours sous l'autorité d'Ahmed Hilmy, campagne qui se poursuit jusqu'en 1935 et est suivie, à partir de 1937, d'une revaccination progressive, gouvernorat par gouvernorat, qui s'achève en 1940. Cependant, malgré les appels réitérés d'Ahmed Hilmy, très influencé par la loi française de 1902, le principe de la revaccination n'est toujours pas inscrit dans la loi et la vaccination routinière des nouveau-nés, désormais généralisée, ne s'effectue qu'une fois, sans rappel.

Malgré ses imperfections et les lacunes de son organisation, la technique vaccinale est pratiquée depuis une date précoce en Égypte, et de façon continue pendant un siècle, contribuant ainsi à améliorer l'état de la santé publique, notamment en milieu urbain, tout en participant à la diffusion de nouvelles valeurs et de nouveaux types de comportements.

3. Vaccinations des villes et des champs : l'impact différentiel de la modernisation médicale

3.1. Un milieu urbain propice à l'encadrement médical

La diffusion de la vaccination antivariolique a entre autres participé à la transformation de certains comportements, comme celui des rapports que la population égyptienne entretenait à l'espace et au temps. À la fonction nouvelle du vaccinateur est en effet associé un lieu spécifique. Au village, les barbiers « établissent un jour fixe dans la semaine et chargent les cheykh-beled de leur amener, dans un local établi, les enfants qui doivent être vaccinés »⁸⁰. En milieu urbain, la spécialisation spatiale est plus poussée. En 1837, l'année même où est fondé le service de la vaccination, l'École de médecine d'Abou-Zabel est transférée au Caire, sur son site actuel de Qasr al-Aini. Le poumon médical du pays quitte donc la périphérie lointaine pour s'installer aux portes mêmes de la capitale. La même année, Ibrâhîm Pacha, le fils de Muhammad 'Alî, fonde un hôpital civil à l'Azbakiyya. Désormais, le service médical n'est plus réservé à la seule armée mais disponible aussi pour

⁸⁰ Intendance Générale Sanitaire d'Égypte, *Règlements sanitaires autorisés par le gouvernement de S.A le vice-roi d'Égypte en vigueur au premier janvier 1866*, Alexandrie, Imprimerie du Journal *L'Égypte*, p. 117. Il ne s'agit vraisemblablement pas d'un lieu *ad hoc*, mais plutôt la demeure du barbier ou celle du cheikh.

l'ensemble de la population urbaine. Ce recentrage sur le Caire incite Clot-Bey à « soumettre à la vaccination toute la population de cette ville »⁸¹. Un bureau central de la vaccination est donc créé au nouvel hôpital de l'Azbakiyya. C'est là qu'est établi le dépôt du vaccin alimenté chaque année, selon Clot-Bey, « au moyen de 15 000 inoculations pratiquées sur les enfants, dans la seule ville du Caire »⁸². Ce bureau central est également chargé de conditionner et d'envoyer par la poste, « avec les précautions les plus grandes possibles », le vaccin destiné aux médecins et barbiers de province. Par ailleurs, les femmes du peuple peuvent se présenter « deux fois par semaine » à l'école d'accouchement, pour y faire vacciner leurs enfants. Il en est sans doute de même au bureau installé à l'hôpital de l'Azbakiyya.

En 1845, suite à la création du service civil de santé, ces deux premières structures *ad hoc* sont complétées par des dispensaires implantés dans quatre des huit arrondissements du Caire. En 1848, la capitale compte désormais dix divisions administratives (les huit quartiers anciens, auxquels s'ajoutent les faubourgs de Boulak et du Vieux-Caire), chacune étant pourvue d'un bureau de santé⁸³. Le service médico-hygiénique du Caire est placé sous la responsabilité d'un médecin chef qui supervise l'ensemble des bureaux d'arrondissements. Chacun de ceux-ci a en principe un personnel formé d'un médecin, chef d'arrondissement, et « d'un nombre suffisant d'aides médecins et d'infirmiers et d'une accoucheuse »⁸⁴. Deux fois par jour, des consultations gratuites y sont données et le bureau a en outre la charge d'effectuer l'examen des cadavres des personnes décédées dans l'arrondissement, d'enregistrer les naissances, de pratiquer les accouchements et la vaccination. Les registres des consultations externes des quatre premiers dispensaires, portant sur la période comprise entre décembre 1845 et décembre 1847, ont été conservés. Un total de 21 468 patients a été examiné au cours de ces deux années⁸⁵. Le Caire compte alors une population d'environ 260 000 habitants. Si la fréquentation des dispensaires apparaît bien sûr modeste, elle n'est cependant pas négligeable pour une toute première expérience de ce type. Les classes supérieures, quant à elles, reçoivent dans un premier temps la visite de jeunes filles, élèves de l'école d'accouchement, qui peuvent pénétrer « dans les harems et les maisons particulières où les médecins ne sont pas admis »⁸⁶, puis elles sont prises en charge par la médecine privée qui se développe à partir de 1860.

Un décret de 1856, signalant l'ouverture d'un nouveau centre de vaccination dans les locaux de l'École de médecine de Qasr al-Aini et avisant la population de ne faire vacciner les enfants que dans ces deux stations autorisées (c'est-à-dire Qasr al-Aini et l'Azbakiyya, l'école d'accouchement ayant vraisemblablement disparu entre-temps), semble indiquer que les dispensaires urbains avaient disparu dans les années 1850, sous le règne d'Abbas. Ils font cependant leur réapparition, cette fois définitivement, lors de la décennie suivante, puisqu'on

⁸¹ Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, *op. cit.*, p. 22

⁸² *Ibid.* p. 22.

⁸³ Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, p. 30.

⁸⁴ *Ibid.* p. 29.

⁸⁵ L. Kuhnke, *op. cit.* p. 143.

⁸⁶ Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, p. 23.

en trouve un dans chacune des onze divisions administratives que compte la capitale en 1866. Malgré les aléas de leur fonctionnement, ces modestes structures médicales du premier XIX^e siècle ont permis d'offrir un service de promiscuité qui constitue, pour les habitants des quartiers populaires du Caire, un premier apprentissage d'un service de santé, destiné à promouvoir les principes de la médecine moderne, localisé dans un lieu spécifique et organisant son travail sur un rythme bi-quotidien, compris dans des horaires précis.

L'Égypte du XIX^e siècle est encore largement dominée par une conception religieuse du temps. Cette conception n'est elle-même pas monolithique mais le résultat de l'accumulation de plusieurs « temps sociaux »⁸⁷ hérités de la profondeur de l'histoire du pays et de la multitude des influences étrangères qui l'ont traversé. L'Égypte ancienne, à qui il revient d'avoir créé l'un des tout premiers calendriers de l'humanité, a légué aux générations suivantes un calendrier agraire dans lequel le fellah vient encore aujourd'hui largement puiser. Sur ce fond ancien, s'est ensuite greffée la conception musulmane du temps, établie sur un calendrier lunaire formé de 12 mois de 28 jours. Chaque mois compte quatre semaines, chaque semaine sept jours ; le jour, lui-même divisé en heures de soixante minutes, commence le soir à l'apparition de la lune. Un tel comput présente de grandes affinités avec la mesure du temps en Occident, ce qui explique le succès de l'industrie des montres et des horloges dans les classes supérieures de l'Empire ottoman⁸⁸. Muhammad 'Alî, en fondant un système administratif moderne, dont relève le service de santé, calque celui-ci sur une conception du temps empruntée à l'Occident. Dispensaires et écoles offrent ainsi leurs services deux fois par jour, en matinée et l'après-midi. Ces innovations demeurent bien sûr marginales et l'Égypte du XIX^e siècle continue dans son ensemble à fonctionner selon le calendrier lunaire et religieux : les termes des loyers sont payés par lune et non par mois, la vie du souk est réglée sur le rythme des prières et les vacances des Écoles supérieures sont données, non pas encore l'été, mais au cours du mois de Ramadan. Toutefois, les héritages et les emprunts successifs ont fini par atteindre une complexité telle que, dès le premier tiers du XIX^e siècle, un almanach est imprimé annuellement sur les presses de Boulaq. Il prend en compte l'année solaire, commençant et terminant avec les équinoxes, et donne les correspondances des jours et des mois musulmans, coptes, syriaques et européens. Il marque les étapes du soleil dans le zodiaque ainsi que l'heure du lever du soleil, de son zénith et de son coucher. Il liste les principales fêtes religieuses des Musulmans et des Coptes. Enfin, à la manière du calendrier égyptien et des *anwâ'*, il comprend toute une série de notations et de conseils pratiques⁸⁹. Une synthèse, en somme, de la multiplicité des temps et des computs qui

⁸⁷ G. Gurvitch, « La multiplicité des temps sociaux », *La vocation actuelle de la sociologie* II, Paris, PUF, 1963, p. 325-430.

⁸⁸ D. Landes, *L'heure qu'il est : les horloges, la mesure du temps et la formation du monde moderne*, Paris, Gallimard, 1987.

⁸⁹ E.W Lane, *Manners and Customs of the Modern Egyptians*, London and the Hague, East-West Publications, 1978, p. 222. Les *'anwâ'*, hérités du comput des anciens Arabes, sont des almanachs dans lesquels sont consignés, jour après jour, le lever et le coucher des étoiles ainsi que de nombreux renseignements, notations et prescriptions concernant l'agriculture, la santé, les fêtes...

se croisent alors en Égypte, à laquelle s'ajoute désormais un temps administratif qui rythme, entre autres, le système de santé.

La ville est ainsi un milieu d'avant-garde pour l'apprentissage d'une nouvelle conception du temps. Mais la ville est aussi, par la complexité même de sa structure, plus favorable que le milieu rural à l'encadrement médical⁹⁰. En effet, la structure urbaine offre un atout par rapport à l'habitat plus dispersé de la province, celui de permettre une meilleure maîtrise du territoire. Le Caire du premier XIX^e siècle est encore largement structuré par les *hara*, ces quartiers rassemblant jusqu'à 150 familles, fermés la nuit par des portes supprimées lors de l'Expédition d'Égypte. Il s'agit d'un « ensemble de résidences où la vie s'organise de manière communautaire et où le contrôle social est le fait du groupe des habitants »⁹¹. Dans ces espaces privés, rassemblant un nombre restreint de personnes, l'information circule aisément. Par ailleurs Muhammad 'Alî, s'inspirant du modèle de division administrative imposé par les Français lors de l'Expédition de Bonaparte, a divisé la ville en huit arrondissements, dénommés *thumn* (huitième)⁹². Les cheikhs de huitièmes, en contact direct avec la police, étaient chargés de rédiger des rapports et servaient d'intermédiaires entre les cheikhs de *hara* et les autorités. En Égypte, contrairement à l'Europe, la rationalité administrative, qui permet un meilleur encadrement territorial des populations, ne s'est pas encore accompagnée, au XIX^e siècle, du relâchement de la fonction des intermédiaires sociaux qui constituent des courroies de transmission efficaces entre la population et les autorités.

C'est sans doute en partie grâce à cet encadrement humain que, dans la première moitié du XIX^e siècle, la vaccination antivariolique a été plus répandue, et surtout de façon plus durable, en milieu urbain, et singulièrement dans la capitale, que dans la province. L'insistance de Clot-Bey pour couvrir cette dernière, les moyens déployés et l'ingéniosité mise à trouver des solutions efficaces, sont proportionnels à la difficulté que doit rencontrer une telle entreprise à la périphérie. La ville, avec son découpage administratif qui englobe une population encore relativement peu nombreuse, et sa structure sociale traditionnelle offrant des relais sur lesquels les autorités peuvent s'appuyer, a constitué un milieu favorable à l'introduction d'une technologie médicale nouvelle. Clot-Bey rapporte que 15 000 vaccinations étaient pratiquées annuellement sur les enfants de la seule ville du Caire (pour une population d'environ 260 000 habitants), contre 80 000 pour l'ensemble de la province (l'Égypte compte alors à peu près 4,5 millions d'habitants)⁹³. La proportion est donc assez nettement supérieure dans la capitale. Au cours des périodes où la faiblesse de l'État central entraîne un déclin du système de santé, ce dernier ne parvient d'ailleurs à maintenir ses activités qu'en milieu urbain. Ainsi, Sandwith remarque qu'en « 1883, la vaccination n'était

⁹⁰ En France, à l'inverse, l'encadrement administratif des populations urbaines semble plus lâche qu'en milieu rural. Cf. O. Faure, *op. cit.*, p. 127.

⁹¹ R. Ilbert, « Le miroir des notables », *L'espace du public. Les compétences du citoyen*, Colloque d'Arc et Senans, 8-10 nov. 1990, Plans urbains, Éditions Recherches, p. 105.

⁹² A. Raymond, *Le Caire*, Paris, Fayard, 1993, p. 299.

⁹³ Clot-Bey, *Introduction de la vaccination...*, *op. cit.* p. 22.

pratiquée par les médecins du gouvernement que dans les 14 villes principales de l'Égypte ; 28 496 vaccinations ont été faites cette année-là, représentant 72 % des naissances en ville, mais tous les districts de campagne étaient livrés à eux-mêmes. »⁹⁴

3.2. Diversification et inégalité de l'offre médicale

Au cours d'une histoire séculaire ou elle a d'abord été uniquement destinée aux nouveau-nés, puis à l'ensemble de la population en cas d'épidémie, la vaccination antivariolique a bien sûr évolué dans les représentations et les pratiques des Égyptiens. Ainsi, la place croissante occupée par la médecine privée, laquelle se voit reconnue par la législation de 1890, constitue un changement majeur au cours du dernier tiers du XIX^e siècle. L'article 3 de la loi de 1890 reconnaît en effet explicitement le droit de pratiquer la vaccination aux médecins privés ; le système de santé publique n'a donc plus le monopole de cette opération.

Depuis le boom cotonnier des années 1860, l'Égypte a assisté à l'arrivée de médecins privés étrangers, dont le nombre s'accroît encore après l'occupation anglaise. Médecins grecs, russes, européens, aux diplômes parfois douteux, s'assurent la clientèle des communautés étrangères, mais également celle de la bourgeoisie égyptienne convertie aux valeurs médicales de l'Occident. Pour cette dernière catégorie, la vaccination est devenu un acte volontaire, dont elle a intégré à la fois l'obligation et l'utilité. Ses exigences individuelles de bien-être ont rejoint les prescriptions de l'État imposant un engagement collectif dans l'acte vaccinal. Par ailleurs, des modes de contrôle sont prévus ; les enfants de cette population sont largement scolarisés, or il est très vraisemblable qu'il y a une vérification du carnet de vaccination dans les écoles.

La médecine privée est quasi exclusivement urbaine, et ne concerne surtout que les deux villes principales du pays. Un décompte des praticiens privés effectué par les Anglais en 1918 révèle qu'il y a alors 328 médecins privés installés au Caire, 203 à Alexandrie, puis 23 à Port-Saïd, une quinzaine dans les villes principales du Delta, et seulement 3 ou 4 dans celles de la Moyenne et de la Haute-Égypte⁹⁵. Dans la capitale, comme probablement dans les autres villes, l'implantation de ces praticiens privés suit étroitement la géographie sociale des quartiers.

La modernisation du Caire, initiée par Muhammad 'Alî, s'est considérablement accélérée depuis le règne du khédivé Ismâ'îl. Celui-ci, visitant la France lors de l'exposition universelle de 1867, s'émerveille du Paris en cours d'haussmanisation et décide de faire du Caire une ville à l'égal des cités européennes. La principale réalisation de ce projet modernisateur consiste en la création, à la limite occidentale de la vieille ville, d'un nouveau quartier inspiré du modèle parisien, où les larges percées sont ponctuées de vastes places publiques et bordées d'immeubles cossus pourvus souvent du confort moderne emprunté à

⁹⁴ Sandwith, *op. cit.* p. 134.

⁹⁵ Enquête menée en 1918 par une Commission nommée pour « l'étude des mesures à prendre pour l'organisation future de l'Administration de l'Hygiène publique en vue de renforcer son efficacité », ANE, *nithâra al-dâkhiliya*, carton B/2/2.

l'Occident. Dès lors, un écart se dessine entre les quartiers anciens, sous-équipés et bientôt abandonnés par la population bourgeoise en quête d'une amélioration de ses conditions de vie, et les quartiers récents, au tissu aéré et pourvus d'équipements urbains (adduction d'eau, transports en commun...). Lors de l'occupation anglaise, les enjeux urbains sont déjà clairs et la colonisation ne fait finalement qu'entériner et creuser la séparation entre les deux parties de la ville⁹⁶.

Au début du XX^e siècle, une évolution définitive s'est opérée dans la capitale égyptienne concernant l'accès aux soins. Désormais, deux types de pratique médicale coexistent, et donc deux types d'offre de vaccination. Le premier, dans le secteur privé, suppose une démarche volontaire de la part du patient. L'autre type d'offre de vaccination revient au système de santé publique et repose sur une certaine forme de contrainte⁹⁷. Il touche les milieux populaires, mais le contrôle sur cette population peu scolarisée n'est guère aisé ; les relais traditionnels commencent à se disloquer sans être encore remplacés par d'autres structures intermédiaires, comme l'école. L'implantation de ces deux types d'offre médicale recoupe la division sociale de la ville. Les bureaux de santé, qui étaient au nombre de onze en 1866, sont passés à seize en 1928. La plupart sont dans le périmètre de la vieille ville ou dans des quartiers moins centraux mais très populaires (Bulaq, Shubra ou encore Héliouan). Mais on n'en trouve aucun à Daher, Faggala ou Hilmiyya, *a fortiori* à Zamalek ou Garden City, dans les quartiers, précisément, où s'installe la population aisée. En revanche, l'implantation des médecins privés est presque exactement inverse. Ils ne sont qu'une petite poignée dans le centre ancien ; quelques-uns sont installés sur les axes de transition comme la rue Muhammad 'Alî. Mais, dans leur majorité, ils ont choisi les zones d'urbanisation récente et la présence de la médecine libérale atteint des sommets dans certains quartiers (Daher, Faggala)⁹⁸.

Au pouvoir d'injonction exercé à travers la législation sur la vaccination, qui trouve une expression autoritaire dans les campagnes nationales, s'ajoute, avec le développement de la bienfaisance, un pouvoir d'influence⁹⁹. En effet, au début du XX^e siècle, et plus encore à partir des années 1930, la croissance du mouvement caritatif vient nuancer la dichotomie sociale que recourent les deux modes d'offre de soins. L'implication directe de représentants de la bourgeoisie dans le travail social, qui inclut des interventions à caractère médical, vient épauler le rôle pédagogique des médecins de santé publique, lesquels ont de bien trop nombreuses tâches pour pouvoir s'y consacrer efficacement. Depuis le début du XIX^e siècle,

⁹⁶ R. Ilbert, « Note sur l'Égypte au XIX^e siècle : typologie architecturale et morphologie urbaine », *Annales Islamologiques*, Tome XVII, Le Caire, IFAO, 1981, p. 343-357.

⁹⁷ Il est difficile cependant d'évaluer la rigueur réelle avec laquelle est appliqué le système des amendes prévues par la loi de 1890.

⁹⁸ *Listes officielles des Médecins, Vétérinaires, Dentistes, Sages-Femmes, Pharmaciens et Aides-Pharmaciens exerçant leurs professions en Égypte au 31 décembre 1922*, Le Caire, Imprimerie nationale, 1923.

⁹⁹ Distinction emprunté à Philippe Braud, « Du pouvoir en général au pouvoir politique », in M. Grawitz et J. Leca, *Traité de Science Politique I*, Paris, PUF, 1985, p. 348 et s/s.

certains groupes de la population égyptienne, en particulier les élèves formés dans les Écoles professionnelles, ont subi un apprentissage particulier de l'usage du corps. Ainsi, en 1832, le règlement des Écoles publiques précise que les élèves des écoles primaires et préparatoires prennent leur repas à la turque, alors que ceux des Écoles spéciales le prennent à l'européenne, c'est-à-dire avec chaises et table. De même, ces derniers dorment dans des lits munis de draps et de couverture, alors que les premiers conservent l'usage local des nattes¹⁰⁰. Ce sont également ces élites sociales qui, dès 1848, adoptent des comportements malthusiens¹⁰¹, puis se rendent volontairement chez le médecin, entre autres pour recevoir la vaccination antivariolique. Ce sont encore ces mêmes groupes qui, dans le dernier quart du XIX^e siècle, adoptent le costume européen et équipent leurs demeures de salles de bain. Or ces modifications des comportements ne sont pas seulement le signe d'une occidentalisation ; ils sont aussi le reflet d'un changement de rapport au corps. Celui-ci sort partiellement de son enveloppe magico-religieuse, une partie de ses mystères cède aux assauts de la médecine ; il est aussi un bien que l'on se doit de conserver. Dans le cadre de la bienfaisance, les notables et bourgeois égyptiens, épaulant le projet étatique de la période réformatrice, lequel entend diffuser les principes de la « civilisation », cherchent à guider le peuple vers les valeurs dominantes de celle-ci, notamment en ce qui concerne les mesures sanitaires. Les dispensaires caritatifs font leur apparition, offrant les services de la médecine moderne, en général gratuitement, services accompagnés d'un effort d'éducation sanitaire.

Comme la médecine privée, la bienfaisance est essentiellement un phénomène urbain. Les structures de soins qu'elle engendre viennent s'ajouter à l'ensemble du dispositif d'offre de soins, public et privé. Depuis 1837, date de l'implantation des deux premiers hôpitaux du Caire, le quadrillage de la ville par les structures sanitaires n'a cessé de se resserrer. La seule présence de ces bâtiments *ad hoc*, dispensaires ou cabinets de clientèle, participe à un processus d'apprentissage du souci du corps et de la santé, dans un contexte désacralisé. Ces structures affichent presque partout dans la capitale la présence médicale, qu'elle soit publique ou privée, signe visible du pouvoir que la médecine moderne a désormais acquis, même si toutes les catégories sociales ne sont pas prêtes encore à s'y rendre volontairement¹⁰². Mais le mouvement est désormais amorcé et l'État égyptien considère la population urbaine suffisamment rompue à la démarche de soins et à la contrainte des horaires pour lui proposer des créneaux extrêmement étroits pour la pratique de la vaccination. Ainsi, en 1928, la vaccination antivariolique est pratiquée chaque jour, sauf le vendredi, alternativement dans les différents dispensaires publics de la capitale, de 10 à 11 heure du

¹⁰⁰ « Règlements approuvés par le Ministre de l'Instruction Publique » in *À son Altesse Ismail Pacha, vice-roi de l'Égypte. Divers Mémoires par Clot-Bey*, Paris, Victor Masson, s.d.

¹⁰¹ G. Alleaume et Ph. Fargues, « La naissance d'une statistique d'État. Le recensement de 1848 en Égypte », *Histoire et Mesure*, Vol. XIII, n° 1-2, 1998, p. 147-193.

¹⁰² Au début du XX^e siècle, c'est encore sur injonction administrative que la majorité des malades est conduite, par la police, à l'hôpital. Il est vrai que l'isolement de l'hôpital constitue la principale peur et la cause essentielle de rejet du système de santé moderne par les Égyptiens ; l'opération vaccinale est quant à elle plus anodine et suscite moins de résistance.

matin¹⁰³. On imagine pourtant la difficulté, pour une population qui ignore encore en grande partie la montre et l'horloge, à se montrer ponctuelle.

Apprentissage de la maîtrise d'un temps parcellisé, compté, importante présence du corps médical et des structures de soins, proximité des catégories supérieures occidentalisées : la ville demeure un lieu privilégié pour produire une pédagogie de la modernisation. Le fossé qui la sépare en ce sens du monde rural n'est pas parvenu à se combler depuis le XIX^e siècle. Certes la vie de la campagne n'est pas restée inchangée depuis des siècles. Elle connaît par exemple un raccourcissement des distances, grâce aux transports modernes ; ses paysages et ses techniques agricoles se transforment avec les progrès de l'irrigation ; enfin un premier exode rural s'amorce. Cependant, la présence du médecin y est fugitive, il n'existe toujours pas, dans les villages, de lieu spécifiquement consacré à la pratique de la médecine et la contrainte des horaires demeure largement inconnue. C'est ce « retard » du monde rural, et son coût en termes de morbidité et de mortalité, qui préoccupe les Anglais puis les initiateurs égyptiens de la réforme sociale. Ces derniers ont finalement conçu des « combinats sociaux » pour les villages égyptiens, rassemblant un représentant de chaque profession moderne (médecin, ingénieur, enseignant...) dont la tâche est de faire franchir rapidement aux ruraux la distance qui les sépare des normes de la modernité, lesquelles ont été généralement acquises en ville par une socialisation progressive. Mais l'État égyptien s'est une nouvelle fois trouvé confronté à l'étroitesse de ses moyens financiers, ainsi qu'à un déficit de volonté politique, et seules quelques dizaines de ces centres ont vu le jour avant la Révolution de 1952. C'est peut-être aussi faute de pouvoir offrir au monde rural une médecine au quotidien que l'État s'attache tout particulièrement à l'englober de façon exhaustive dans les campagnes générales de vaccination.

La réussite de ces campagnes, manifeste dans le monde rural, est cependant moins évidente dans les grandes villes. Ahmed Hilmy note qu'en 1927 des lacunes ont été remarquées au Caire et à Alexandrie où un certain nombre de personnes a échappé à la vaccination générale. La population de ces deux villes commence en effet à grossir et le système médical, pourtant relativement performant et implanté depuis longtemps, éprouve de plus en plus de difficultés à intégrer les populations nouvelles ou les habitants des échèches, ces poches d'habitat précaire enkystées dans tous les quartiers des villes. Les conséquences de la sous-intégration de nombreuses zones des quartiers anciens, ainsi que des nouveaux quartiers d'habitat populaire, apparue au début du XX^e siècle¹⁰⁴, commencent à se faire sentir au niveau de l'encadrement médical. D'ailleurs, cette sous-intégration urbaine s'ajoute aux préoccupations des réformistes dans les années 1940¹⁰⁵, mais ils ne parviennent pas plus qu'en milieu rural à enrayer le processus de production de la misère et de la maladie. Avec

¹⁰³ *The Kingdom of Egypt*, ouvrage publié à l'occasion du Congrès international de Médecine Tropicale et d'Hygiène, Le Caire, Government Press, 1928, p. 113.

¹⁰⁴ R. Ilbert, « Égypte 1900, habitat populaire, société coloniale », in K. Brown (éd.), *État, Ville et Mouvements sociaux au Maghreb et au Moyen-Orient*, Paris, 1989.

¹⁰⁵ A. Roussillon, « 'Comme si la ville était divisée en deux'. Un regard réformiste sur l'urbain en Égypte au tournant des années 1940 », *Genèses* n° 22, mars 1996, p. 18-39.

l'explosion urbaine des années 1950, ces populations se trouveront aussi distantes du système de santé, et des normes de la « civilisation » auxquelles rêvaient les réformistes, que la plupart des ruraux.

Considérée comme une démarche prophylactique individuelle, ou au contraire comme un outil préventif destiné à protéger la communauté tout entière, la vaccination antivariolique a largement été propagée par les pouvoirs successifs de l'Égypte, même si au cours d'une histoire séculaire elle a connu des périodes de relâchement. L'acte vaccinal a en effet un impact fort ; il est efficace le plus souvent. D'autre part, issue d'un procédé relativement peu coûteux, la vaccination peut être diffusée sans trop de difficultés à l'ensemble de la population, ce qui est un objectif idéal mais rarement atteint par la plupart des autres mesures de santé publique. Ces qualités expliquent sans doute en partie la propension des systèmes de santé faibles à en faire largement usage, de façon plus ou moins autoritaire, dès lors qu'il y a un minimum d'acceptation de la part de la population. Dans les années 1980, déplorant un taux de mortalité infantile particulièrement élevé, malgré le développement du réseau de santé publique depuis la révolution de 1952, l'Égypte s'engage encore résolument, avec l'aide des organismes internationaux, dans un programme élargi de vaccinations qui parvient en quelques années à faire baisser des deux-tiers ce taux de mortalité. Elle poursuit ainsi une recherche de légitimité à travers l'acte vaccinal, inaugurée dès l'époque de Muhammad 'Alî.

Pionnière dans le domaine de la santé publique, la vaccination antivariolique a contribué à produire en Égypte des structures spatiales et un rythme temporel inédits, participant ainsi à l'apprentissage de nouveaux comportements, d'un nouvel ordre social. Cependant, si pour partie au moins des classes supérieures, le sens et l'utilité de la vaccination ont été intériorisés, pour les classes populaires, elle relève essentiellement d'une démarche obligée. L'État initiateur de cette mesure a manifesté à travers elle son autorité, mais l'obligation, elle-même généralement acceptée, n'a pas pour autant radicalement modifié les interprétations et les représentations du corps et de la maladie qui relèvent encore largement d'un univers magico-religieux.

Sylvia Chiffolleau, IFPO/CNRS (Damas)